JAMK JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL STUDIES

JAMK Journal of Health and Social Studies
JAMK-JHSS e-journal
ISSN 2490-029X

Journal homepage: https://verkkolehdet.jamk.fi/jhss/

jamk.fi
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Savuton odotus ja vanhemmuus – hoitoketju Etelä – Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella

Mari Vuorenmäki[1] *

[1]JAMK University of Applied Sciences, Finland

KEYWORDS

tupakointi
häkämittaus
hoitoketju

ABSTRACT

Suomessa raskaana olevista noin 15 % tupakoi jossain raskauden vaiheessa. Tätä tupakointia vähentämään otettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (EPSHP) alueella keväällä 2017 käyttöön Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvaa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökannalta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat käytännössä hoitoketjua raskaana olevien kanssa. Muita tavoitteita oli selvittää, miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat hoitoketjun toimivuuden sekä onko hoitoketjulla ollut terveydenhoitajien mielestä vaikutusta raskaana olevien tupakointiin. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimukseen otettiin mukaan kaksitoista äitiysneuvolan terveydenhoitajaa. Haastattelut toteutettiin henkilökohtaisina teemahaastatteluina. Analyysi suoritettiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä ja grounded theory -menetelmää. Tuloksissa tuli esiin hoitoketjun saama positiivinen vastaanotto. Häkämittauksen tuoma lisä tupakkavalistukseen sekä yhteistyön tärkeys perus- ja erikoissairaanhoidon välillä korostui. Terveydenhoitajat toivoivat lisäkoulutusta tupakoinnin hoitoon riippuvuutena. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun haasteena oli hoitoketjun yhdistäminen käytännön työhön siten, että hoitoketjun tarkoitus toteutui. Käytännössä tämä tarkoitti häkämittarien määrän lisäystä ja vastaanottoaikojen keston pidentämistä. Selkeää muutosta ei terveydenhoitajien mukaan ollut vielä raskaana olevien tupakointiin nähtävissä. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun käytön toivottiin laajenevan koskemaan kaikkia perheiden kanssa toimivia terveydenhuollon yksiköitä.

Peer review under responsibility of JAMK Journal of Health and Social Studies.

1 Raskaus ja tupakointi

Raskaana olevien naisten tupakoinnin vähentäminen on Suomessa ajankohtainen aihe. Ekbladin (2013; 2017) mukaan raskauden ajan tupakoinnilla on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia raskauteen ja sikiöön. Näitä ovat erilaiset istukan toiminnan häiriöt sekä sikiön ennenaikainen syntymä tai pienipainoisuuden aiheuttamat ongelmat. Myös passiivinen tupakointi, esimerkiksi puolison tupakointi, lisää edellä mainittujen ongelmien lisäksi muun muassa keskenmenon riskiä. (Ekblad 2013, 19; Ekblad 2017, 173.) Raskauden ajan tupakoinnilla on vaikutusta sikiön vieroitusoireisiin ja jopa kätkytkuolemaan (Ekblad, Gissler, Korkeila & Lehtonen 2015, 632). Äidin raskauden aikainen tupakointi vaikuttaa lapsen myöhäisempään terveyteen. Tupakoitsijoiden lapset ovat usein muun muassa ylipainoisia ja he sairastavat useammin sairaalahoitoa vaativia uloshengitystietulehduksia kuin tupakoimattomien äitien lapset. (Ekblad 2017, 175.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tupakkatilaston mukaan Suomessa vuonna 2015 tupakoi 15 % raskaana olevista naisista, mikä on vastaava luku kuin 2000-luvun alkuvuosina (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 4). THL:n tilastoissa ”tupakointi raskauden aikana” on synnyttäjän oma ilmoitus tupakoinnistaan (Vuori & Gissler 2016). Pohjoismaista verrattuna Suomen luvut ovat korkeat, sillä esimerkiksi Ruotsissa vuonna 2012 tupakoitsijoita oli enää vain kuusi prosenttia raskaana olevista naisista (Ekblad, Gissler, Korkeila & Lehtonen 2013).
THL:n Tupakkatilaston 2015 mukaan Suomessa viime vuosina tupakoivista yhä useampi on kuitenkin ilmoittanut lopettaneensa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Vuonna 2015 tupakoinnin ilmoitti lopettaneensa 49 prosenttia tupakoijista, mikä on noin kaksi prosenttiyksikköä enemmän kuin edellisenä vuonna ja viisi prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2013. (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 4.) Kymmenen vuotta aikaisemmin raskauden aikana tupakoinnin lopetti vain 22 prosenttia (Vuori & Gissler 2016,5). Myönteinen uutinen on, että THL:n vuoden 2016 perinataalitilaston ennakkotietojen mukaan vuonna 2016 raskauden aikana tupakoi 14,2 prosenttia synnyttäjistä. Heistä joka toinen on lopettanut tupakoinnin raskauden alussa. (Gissler, Vuori & Heino 2017.) Raskaana olevien tupakointiin on pyritty puuttumaan monin eri keinoin. Lääkärit tupakkaa vastaan verkosto (DAT Suomi) on tehnyt Suomessa vuonna 2015 aloitteen yhdessä Suomen gynekologiyhdistyksen sekä Suomen Kätilöliiton ja Suomen

* *Corresponding author e-mail address*: mari.vuorenmaki@hotmail.fi
Peer review under responsibility of JAMK Journal of Health and Social Studies.

URN: http://urn.fi/urn:nbn:fi:jamk-issn-2490-029X-3
Citation: Vuorenmäki, M. (2018) Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella, JAMK Journal of Health and Social Studies, e181.



Terveydenhoitajaliiton kanssa Sosiaali- ja terveysministeriölle raskaana olevien tupakoinnin vähentämiseksi. Aloitteessa toivottiin, että kaikissa Suomen äitiysneuvoloissa otettaisiin käyttöön raskaana olevien uloshengityksen häkämittaus osana tupakkavalistusta. (DAT Suomi- Lääkärit tupakkaa vastaan 2015.) Suomen kätilöliitto ja Suomen terveydenhoitajaliitto julkaisivat syyskuussa 2017 kannanoton siitä, että raskauden ajan tupakointia tulisi hoitaa riippuvuutena. Kannanotossa kehotetaan jokaista Suomen sairaanhoitopiiriä luomaan hoitokäytänteet raskaana olevien tupakoitsijoiden riippuvuuden hoitamiseksi. (Suomen kätilöliitto 2017.) Näin tulisi huomioitua se, että tupakointi luetaan WHO:n (World Health Organization) mukaan päihteiden ja riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden joukkoon käytettäessä kansainvälistä WHO:n luomaa tautiluokitusta ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) (Duodecim 2002; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 3,14).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (EPSHP) alueella toimii Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö nimeltään AKSILA (AKSILA). AKSILA:n nimi tulee Jurvan murteesta ja tarkoittaa suoraa tankoa kahden pyörän välissä. Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö AKSILA:n tehtävänä on EPSHP:n alueella toimia yhdistävänä tekijänä perusja erikoissairaanhoidon välillä. (Luhta 2018.) AKSILA perusti vuonna 2016 työryhmän nimeltään Savuton odotus ja vanhemmuus. Työryhmän tarkoituksena oli saada EPSHP:n alueen lasta odottavien perheiden tupakointi vähenemään. Työryhmän tavoitteena oli kehittää uusi hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliselle yhteistyölle perheiden tupakoinnin ja tupakkatuotteiden käytön vähentämiseksi. Savuton odotus ja vanhemmuus -työryhmän työn tuloksena EPSHP:n alueen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on otettu käyttöön keväällä 2017 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju. Hoitoketju on ohjeistus perus-ja erikoissairaanhuollon henkilöstölle siitä, miten toimia tupakoivan perheen kanssa. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju perustuu Savuton Suomi 2030 -verkoston tupakastavieroituksen asiantuntijaryhmän ja tieteellisen neuvottelukunnan laatimiin tupakasta vieroituksen laatukriteereihin (Krogerus, Ekblad, Heikkinen ja Korhonen 2017).

Tämä tutkimus käsittelee raskaana olevien naisten tupakoinnin vähentämistä Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun keinoin EPSHP:n alueella. Tutkimuksessa tupakoitsija käsitetään henkilöksi, joka tupakoi savukkeita ollessaan raskaana. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvan EPSHP:n Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua ja miten he kokevat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimivuuden. Tutkimuksessa pyritään myös selvittämään, onko Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjulla ollut terveydenhoitajien mielestä vaikutusta raskaana olevien tupakointiin. Tutkimustuloksia voidaan soveltaa savuttomaan vanhemmuuteen ohjaavien hoitoketjujen kehittämisessä. Tutkimuksen tiedonhankinnassa käytettiin sekä sähköisiä tietokantoja että saatavilla olevaa kirjallisuutta. Tutkija halusi rajata tutkimuksen lähdetiedon mahdollisimman uudeksi, joten tutkimuksen aihepiiriä koskevat tutkimukset ja julkaisut ovat pääosin vuosien 2012 ja 2017 väliltä. Hakujen tietokantoina olivat yleisimmät terveydenhuollon tutkimustietoa julkaisevat tietokannat, esimerkiksi Medic, Cinahl ja PubMed. Hakusanoina on käytetty keskeisiä käsitteitä. Näitä ovat muun muassa tupakointi (smoking), häkämittaus (measurement of carbon monoxide) sekä hoitoketjun implementointiin liittyvät hakusanat niin suomeksi kuin englanniksi.

2 Hoitoketjut Suomessa

Hoitoketjulla on ymmärretty totunnaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimusta moniammatillisesta yhteistyöstä. Stakes (2002) on määritellyt Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa hoitoketjun siten, että se on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. Terveydenhuollossa käytetään nimitystä hoitoketju yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. Nimitystä palveluketju käytetään terveydenhuollossa silloin, kun ketjuun sisältyy myös muiden toimialojen palveluja. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2017.) Stakesin määritelmää hoitoketjun ja palvelupolun eroista korostaa myös Silvennoinen-Nuora (2004; 2010) tutkiessaan hoitoketjujen vaikuttavuutta. Silvennoinen-Nuora (2010) käyttää väitöskirjassaan hoitoketjusta englanninkielisiä määritelmiä care chain, disease based integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway ja seamless care. (Silvennoinen-Nuora 2004, 34; Silvennoinen-Nuora 2010, 91-92.)

Nuutisen (2000; 2017) mukaan diagnoosikohtainen hoitoketju on kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta, ja se on tarkoitettu tukemaan hoidon porrastusta sairaanhoitopiirin sisällä. Lääketieteellisen tiedon osalta sen tulisi perustua hyväksyttyyn valtakunnalliseen hoitosuositukseen. Toimiva hoitoketju sisältää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot ja edistää potilaan hyvän, sujuvan ja laadukkaan hoidon toteutumista. Hoitoketju toimeenpannaan siten, että se ohjaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Lisäksi otetaan huomioon kuntien yksilöllisyys erikoissairaanhoidon asiakkaina siten, että perusterveydenhuollon toivomukset ja resurssit muodostuvat keskeisiksi lähtökohdiksi potilaan hoidossa. (Nuutinen 2000, 1821; Nuutinen 2017, 1285.)

Ketolan, Mäntyrannan, Mäkisen ym. (2006, 7-8) mukaan hoitoketjut ovat yleisesti hyväksyttyjen kliinisten käytäntöjen alueellisia, soveltavia toimintaohjeita. Niissä kuvataan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tarvittaessa kolmansien osapuolien tehtävät ja työnjako. Hoitoketjun ajatuksena on vastuunotto potilaan hoidon järjestämisestä. Siinä määritellään potilaan hoitoon osallistuvien avainhenkilöiden tehtävät ja vastuut. Hoitoketjussa pyritään myös varmistamaan tiedonkulku eri hoitoon osallistuvien osapuolten välillä. Hoitoketjut laaditaan koskemaan isoja alueellisia kokonaisuuksia, jolloin tietyt alueelliset erityispiirteet pystytään ottamaan hoitoketjussa huomioon. (Ketola ym. 2006, 7-8.)

Alueelliset hoitoketjut nähtiin 2000-luvun alussa yhtenä keinona tehdä tutuksi ja implementoida valtakunnallisia Käypä hoito -suosituksia. Käypä hoito –suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten perustaksi. Suosituksia laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Suositusten tuottamisesta vastaavat asiantuntijatyöryhmä ja Käypä hoito -toimitus julkisella rahoituksella. (Käypä hoito 2017; Nuutinen 2017, 1284.) Hoitoketjujen toimeenpanosta ja laadinnasta on Suomalainen Lääkäriseura Duodecim julkaissut oppaat Hoitosuositusten toimeenpano (2003), Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi (2006) sekä vuonna 2012 uudistettu painos Käsikirja työryhmille hoitosuositusten laatimista varten (Ks. Käypä hoito 2017). Hännisen (2008, 24) mukaan palveluketjuja sekä palvelupolkuja kehitettäessä otetaan huomioon myös asiakkaiden mielipiteet ja tarpeet osana niiden kehitystä. Maailmanlaajuisesti hoitopolulla pyritään parantamaan hoidon laatua koko hoidon ajalta. Hoitopolkua noudattamalla parannetaan riskisopeutettujen potilaiden tuloksia, edistetään potilasturvallisuutta, lisätään potilaiden tyytyväisyyttä sekä optimoidaan resurssien käyttöä. (the European Pathway Association EP-A 2005.)

Suomessa pelkästään äitiyshuoltoa koskevia hoitoketjuja on olemassa. Hoitoketjuja on tehty koskemaan päihderiippuvaisia eli huume-, alkoholi- ja lääke -riippuvaisia (HAL) raskaana olevia naisia ja heidän läheisiään. Hoitoketjuja on laadittu myös raskausdiabeteksen tai raskauden hoitoon yleensä. Päihderiippuvaisten hoitoketjuissa tupakka on määritelty samaan kategoriaan muiden riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden kanssa (Ks. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketju HAL äideille; Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitoketju päihteitä käyttäville raskaana oleville). Tupakointi on huomioitu terveydenhuollossa niin hoitoketjuina kuin ohjeistuksina. Tupakointia ja tupakoinnista vieroitusta koskevia hoitoketjuja on monissa sairaanhoitopiireissä. Ne ovat löydettävissä jonkin tietyn sairauden alta, kuten Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) internetsivuilla ”Diabetes ja tupakointi”, tai päihderiippuvuuden sekä psykiatrian toimintojen alta. Ohjeistuksiksi voidaan taas lukea senkaltaiset sairaanhoitopiirien laatimat sivustot kuin ”Savuton sairaala” tai ”Savuttomana leikkaukseen”. Näitä ohjeistuksia löytyy muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP), EPSHP:n ja TAYS:sin omilta internetsivuilta. Sisällöltään ohjeistukset ovat enemmän ohjeistavia kuin selkeitä hoitoketjuja. Ohjeistuksista on pyritty tekemään niin

sanotusti universaaleita, jolloin ne saadaan käsittämään mahdollisimman montaa eri asiakasryhmää. EPSHP:n raskaana oleville laadittu hoitoketju tupakoinnista on tutkijan tietämyksen mukaan ainoa laatuaan Suomessa.

Suomessa perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä määritellään Terveydenhuoltolaissa vuodelta 2010 (L 30.12.2010/1326). Laissa korostetaan sekä perus- että erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä potilaan edun mukaisesti. Hoitoketjuja ei laissa mainita erikseen. Suomessa VALVIRA (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvonta viranomainen) on terveydenhuollon ylin valvova elin ja sen vastuulla on terveydenhuollon toiminnan sujuminen. VALVIRA muun muassa antaa lausuntoja hoitoketjuista, seuraa niiden toteutumista sekä valvoo perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyön sujumista. (Valvira 2017.) Hoitoketjujen julkaisualusta on ollut Suomessa vuodesta 2001 terveydenhuollon henkilöstön käytössä oleva Terveysportti (www.terveysportti.fi). Sitä kehitetään yhteistyössä Suomessa toimivan Lääkäriseura Duodecimin kanssa. Terveysportin vastuulla on huolehtia julkaisemiensa tekstien ajan tasalla pysymisestä tiedustelemalla vastuukirjoittajalta tekstin ajantasaisuudesta viiden vuoden välein. Ellei vastausta saada vuoden sisällä, hoitoketju jää Terveysporttiin vielä vuodeksi, minkä jälkeen se poistetaan. (Nuutinen 2017, 1284.)

Kun hoitoketjua tehdään ja kirjoitetaan, on hyvä ottaa huomioon se, että pelkkä rakentaminen ja hoitoketjutekstin tuottaminen eivät yksin riitä. Hoitoketjun laatijoiden täytyy varmistaa hoitoketjun tunnetuksi tekeminen, löydettävyys, helppokäyttöisyys ja käyttöolosuhteet. Parhaimmillaan hyvä hoitoketju määrittelee jo rakentamisvaiheessa työkalun prosessin mittaamiseen ja arviointiin. Lisäksi tulisi olla selkeästi määritelty ne vastuuhenkilöt, joille voidaan osoittaa palaute ja korjausehdotukset sekä joille ilmoitetaan julkaisu sekä päivityspäivämäärät, jotta nähtäisiin myös ajallinen päivitystarve. (Ketola ym. 2006, 9.) Näihin panostamatta jättäminen voi osaltaan edesauttaa hoitoketjun toimimattomuutta tai sen vastustamista. Hoitoketjujen käytön esteinä ovat Nuutisen (2000; 2017) mukaan muun muassa niiden vaikeaselkoisuus, vaikea löydettävyys sekä etääntyminen asiakaskeskeisyydestä. Jotta asiakaslähtöisyys ja hoitoketjun toimivuus potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tukena ja ohjaajana voidaan taata, hoitoketjun tulee olla helposti sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen saavutettavissa. Ongelmana on myös se, että erikoissairaanhoidossa ei välttämättä tiedetä tarpeeksi perusterveydenhuollon resursseista ja toimintamahdollisuuksista. (Nuutinen 2000, 1825; Nuutinen 2017, 1286-1289.) Nuutinen (2017) jatkaa, että tällä hetkellä käynnissä oleva maakuntauudistus sekä siihen liittyvä sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus tulee mullistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen ja asettamaan huomattavia haasteita hoitoketjujen rakentamiselle ja ylläpitämiselle. Sote-hoitoketjujen implementaatio tulee olemaan entistä haasteellisempaa, koska saman potilasryhmän ympärillä toimijoiden määrä tulee vaihtelemaan huomattavasti sekä yksittäisen potilaan että potilasryhmän kohdalla. (Nuutinen 2017, 1286-1289.)

Silvennoinen-Nuora (2004) toteaa tutkimuksessaan hoitoketjujen vaikuttavuudesta reumapotilaan hoitoketjussa sen, että toimivassa hoitoketjussa on selkeästi esitetty kunkin tahon vastuu ja tehtävät. Jollakin taholla täytyy olla myös hoitoketjun toiminnallinen vastuu. Eräs keskeisimmistä ja vaikeimmista ongelmista toimivassa hoitoketjussa on varmistaa ajantasainen tiedon kulku eri hoitoportaiden välillä potilasta koskevien tietojen osalta. (Silvennoinen-Nuora 2004, 132.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi 2017-2021 korostetaan potilasturvallisuuteen liittyen sitä, että keskeiset prosessit tiedonkulussa, kirjaamisessa ja dokumentaatiossa toteutuvat samanlaisina kaikissa organisaatioissa ja erityisesti potilaan tai asiakkaan siirtyessä organisaatiosta toiseen (STM 2017, 16). Tietotekniikan sujumisen hoitoketjun eduksi on todennut myös Silvennoinen-Nuora (2004, 132) tutkimuksessaan. EPSHP:lla on yhteinen tietojärjestelmä äitiysneuvolan ja erikoissairaanhoidon välillä nimeltään raskaana olevan palvelupolku. Siinä raskaana olevan tiedot ovat reaaliaikaisesti sekä perus- että erikoissairaanhoidon saatavilla koko äitiysneuvolan asiakkuuden ajan. Suurimmat esteet hoidon toimivalle porrastukselle luovat kuitenkin ennakkoluuloiset asenteet sekä vakiintunut toimintakulttuuri. Hyvin organisoitu hoitoketju edesauttaa tuon vastustuksen vähentämistä. (Nuutinen 2000, 1823.) Toimivassa hoitoketjussa potilaan hoito on myös kokonaisvaltaisempaa, hoidon laatu on parempaa sekä hoidon jatkuvuus on taattu (Renholm 2015, 33). Vaaditaan paljon työtä ja sitoutumista, jotta hoitoketjut muuttuvat käytännön toiminnaksi. Merkittävä edistysaskel hoitoketjujen käyttöön saattamisessa on niiden julkaiseminen. Tämä helpottaa ja tehostaa huomattavasti niiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysalan valtakunnallinen Terveysportti-sivusto tukee osaltaan tätä päämäärää. (Nuutinen 2000, 1821-1828.) Haastetta hoitoketjujen toimintaan tuo osaltaan hoitoketjujen ja -polkujen monien erilaisten termien ja määritelmien käytön lisäksi niiden käytössä ja vaikutuksissa esiintyvät epäselvyydet. Useat kliinisten reittien vaikutusten tieteelliset katsaukset kuvaavat erilaisia tuloksia ja niissä on käytetty erilaisia termejä. (E-P-A 2005.) Tuolloin hoitoketjut tai palvelupolut eivät aina ole suoraan verrattavissa toisiinsa.

Silvennoinen-Nuoran (2004) mukaan hoitoketjun vaikuttavuus on hyvin monimuotoinen ja monitasoinen ilmiö. Ongelmana on se, että hoitoketjun vaikuttavuus määritellään sen eri vaiheissa ja eri toimijoiden kannalta eri tavoin. Hoitotyön ammattilaiset määrittelevät sen ammatillisuutensa kautta, kun taas potilas määrittelee sen oman kokemuksensa kautta. Vaikuttavuuden arviointi tarkoittaa hoitoketjun tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Mikäli hoitoketjun vaikuttavuuden tavoitteita ei ole määritelty, tulee ensisijaisesti kartoittaa mitä vaikutuksia hoitoketjun käytöstä on yleensäkin syntynyt. (Silvennoinen-Nuora 2004, 38-40, 42.) Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun vaikuttavuuden mittarina on raskaana olevien tupakoinnin väheneminen.

Äitiysneuvoloiden tehtävänä Suomessa on THL:n määritelmän mukaan turvata raskaana olevan naisen ja sikiön terveys sekä hyvinvointi raskauden ajan. Niiden kuuluu edistää koko tulevan perheen terveyttä ja hyvinvointia sekä tulevan lapsen kehitysympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Tavoitteena on edistää kansanterveyttä ja ehkäistä raskaudenajan häiriöitä. (Klemetti & Akulinen-Viitanen 2013, 16.) Äitiysneuvoloiden toiminnasta säädetään Suomen laissa (Ks. Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Äitiysneuvoloiden tulee toimia kulloinkin voimassa olevien Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroituksen Käypä hoito -suositusten mukaisesti (Ks. Käypä hoito 2012). Äitiysneuvoloissa perheitä valistetaan vastaanottokäyntien aikana tupakkatuotteiden haitoista. Tupakoivan raskaana olevan naisen ja hänen kumppaninsa tupakointi tulee kartoittaa jo äitiysneuvolan ensikäynnillä.

Äitiysneuvolassa tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen kannustetaan keskustelemalla sekä jakamalla tietoa erilaisin esittein. THL:n ohjeistuksen mukaan äitiysneuvoloissa toteutetaan laaja terveystarkastus viimeistään raskauden puolivälissä (raskausviikoilla 22-24) ja siihen sisältyy tupakkatuotteista valistaminen, myös ei tupakoiville asiakkaille (Hakulinen-Viitanen, HietanenPeltola, Hastrup, Wallin ym.2012, 52; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 108). Huolimatta siitä tupakoiko raskaana oleva vai ei, kannustusta ja keskustelua tupakoinnista käydään koko äitiysneuvolan asiakassuhteen ajan. Hellittämätöntä tupakkavalistusta puoltaa muun muassa Fendall, Griffith, Iliff ym. (2012) tekemä tutkimus, jossa raskaana olevat vähensivät tupakointiaan, kun heille annettiin intensiivisesti valistusta tupakoinnista raskauden aikana. Tällä oli positiivinen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. (Fendall ym. 2012, 241.) Tätä tukee myös Piispasen (2016) tekemä pro gradu -tutkimus raskausajan kommunikoinnista äitiysneuvolassa koskien tupakointia. Tutkimuksessa äidit kokivat tupakoinnista keskustelun äitiysneuvolassa tärkeäksi. (Piispanen 2016, 42.)

3 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju EPSHP:n alueella

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun myötä EPSHP:n alueen äitiysneuvoloissa on aloitettu raskaana olevien ja heidän kumppaneidensa uloshengityksen häkämittaukset osana äitiysneuvoloissa tapahtuvaa tupakkavalistusta keväällä 2017. Häkämittauksen tulos antaa terveydenhoitajalle ja

raskaana olevalle konkreettista tietoa henkilön aktiivisesta ja passiivisesta tupakoinnista sekä helpottaa tupakoinnin haitoista keskustelemista (Luhta & MesiäislehtoSoukka 2017).

EPSHP:n alueen äitiysneuvolat pyrkivät hoitoketjun keinoin vähentämään ja tukemaan vaikuttavasti raskaana olevien naisten tupakoinnin lopettamista raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketjussa tuki kohdistetaan myös ennen raskautta tai sen jälkeen imetyksen aikana tupakoinnin lopettaneisiin. Hoitoketju koskee kaikkia raskaana olevien käyttämiä tupakkatuotteita. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju EteläPohjanmaalla 2017.) Samaan aikaan Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun kanssa on EPSHP:n alueella otettu käyttöön uudistettu äitiysneuvolakortti. Uudistetussa äitiysneuvolakortissa on enemmän tilaa tupakan ja muiden päihteiden käytön kirjaamiseen. Äitiysneuvolakortin lisäksi raskaana olevan sähköisiin potilastietoihin merkitään tupakointi ja poltettujen savukkeiden määrä sekä muiden tupakkatuotteiden käyttö. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju toteutuu yhteistyössä äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien sekä äitiyspoliklinikan huume-, alkoholi- ja lääkeriippuvuuksien hoitoon erikostuneiden kätilöiden (HAL -kätilö), kätilöiden ja lääkäreiden välillä. Tämän lisäksi Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju toteutuu EPSHP:n alueen kaikissa perheiden kanssa työskentelevissä terveydenja sairaanhoidon yksilöissä, esimerkiksi alueen sairaaloissa, terveyskeskuksissa, perhesuunnittelu-, äitiys- ja lastenneuvoloissa. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

Äitiysneuvolan ensikäynnillä kaikille raskaana oleville ja heidän kumppaneilleen tarjotaan mahdollisuutta suorittaa uloshengityksensä häkäpitoisuusmittaus terveydenhoitajan valvonnassa. Kumppanin osallistumisella häkämittaukseen pyritään kartoittamaan ja vähentämään raskaana olevan passiivista tupakointia. Häkämittaus on kaikille vapaaehtoinen. Mittauksen voi suorittaa myös myöhemmillä äitiysneuvolakäynneillä, jos raskaana oleva tai hänen kumppaninsa on siihen halukas. (Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Raskaana oleva ja hänen kumppaninsa puhaltavat ohjatusti häkämittariin (liite 1). Häkämittauksen jälkeen terveydenhoitaja tarkistaa yhdessä häkämittariin puhaltaneiden kanssa saadun tuloksen vertailutaulukosta (liite 2). Taulukosta nähdään mikä on hiilimonoksiditilanne naisen elimistössä ja mikä on hiilimonoksiditilanne sikiön elimistössä. Taulukkoa voi soveltaa myös kumppanin elimistön hiilimonoksiditilanteeseen jättämällä sikiövaikutus huomioimatta. Ajatuksena häkämittauksen tekemisellä on saada konkreettista tietoa naisen aktiivisesta ja passiivisesta tupakoinnista. Toteuttamalla häkämittauksen äitiysneuvola saa tietoonsa kaikki ne henkilöt, jotka altistuvat tupakansavulle tietoisesti tai tietämättään. Häkämittauksen tuloksen lisäksi jokaisella äitiysneuvolakäynnillä raskaana olevan tupakointi ja poltettujen savukkeiden määrät merkitään potilastietoihin. Yhtenä tavoitteena hoitoketjulla on, että jokaisella raskaana olevalla tupakoitsijalla olisi kirjattuna potilastietoihin tupakointia koskeva hoitosuunnitelma. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Kahden viikon kuluttua ensikäynnistä raskaana oleva tupakoitsija kumppaneineen kutsutaan terveydenhoitajan vastaanotolle keskustelemaan tupakoinnista. Jos terveydenhoitajan ei ole mahdollista antaa vastaanottoaikaa, käynti voidaan korvata puhelulla. Mikäli äidillä todetaan vahva nikotiiniriippuvuus, mutta hän ei pysty lopettamaan vieroitusoireiden vuoksi, ohjataan äiti varhaisessa vaiheessa neuvolalääkärille saamaan tietoa tupakoinnin haitoista sikiölle ja keskustelemaan nikotiinikorvaushoidosta Käypä-hoito suosituksen mukaisesti. Lääkärin aika annetaan viimeistään joko raskausviikolle 18 tai äitiysneuvolassa tapahtuvan laajan terveystarkastuksen yhteyteen. Tuolloin lääkäri voi yhdessä raskaana olevan kanssa keskustella mahdollisista nikotiinikorvaushoidoista. Nikotiinikorvaushoitoa voidaan harkita, mikäli raskaana oleva on motivoitunut lopettamaan ja kärsii fyysisistä vieroitusoireista. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju mahdollistaa sen, että äitiysneuvola voi lähettää raskaana olevan tupakoitsijan äitiyspoliklinikalle silloin, kun äitiysneuvolan tukitoimet eivät riitä. Neuvolalääkärin vastaanotolla tuetaan äitiä ja puolisoa savuttomuuteen. Mikäli äidin tupakkariippuvuus on voimakas, eivätkä neuvolan tukitoimet riitä, voi tehdä äidin kanssa yhdessä lähetteen jatkohoitoon äitiyspoliklinikan kätilölle. Äitiyspoliklinikalla raskaana oleva tapaa erilaisten riippuvuuksien hoitoon erikoistuneen kätilön (HAL-kätilön) keskustellakseen tupakkariippuvuudestaan. HAL-kätilö tekee hoitosuunnitelman äitiyspoliklinikan lääkärin kanssa. Tarvittaessa raskaana oleva tapaa myös äitiyspoliklinikan lääkärin. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Huomioitavaa on, että äitiysneuvola lähettää tupakoitsijat aina äitiyspoliklinikalle, jos sikiöllä on havaittavissa jotain poikkeamaa kulloinkin voimassa olevien ohjeiden mukaan. Tuolloin ei ole merkitystä sillä, onko raskaana oleva motivoitunut tupakoinnin lopettamiseen vai ei. Erikoislääkärin tapaaminen on olennaista varsinkin, jos sikiöllä on jo havaittavissa mahdollisesti tupakoinnista johtuvia muutoksia, esimerkiksi kasvun hidastumaa.

Tupakoivan tai tupakoinnin juuri ennen raskautta tai sen aikana lopettaneen raskaana olevan naisen jokaisella äitiysneuvolakäynnillä keskustellaan tupakoinnista ja sen lopettamisesta. Keskustelut tulee käydä ilman naisen tai perheen syyllistämistä. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Äitiysneuvolan terveydenhoitaja voi käyttää apunaan esimerkiksi motivoivaa keskustelua. Sen keinoin pyritään positiivisessa hengessä saamaan raskaana oleva päättämään tupakoinnin lopettamisestaan niin, että hän itse kokee tekevänsä lopettamispäätöksensä terveydenhoitajan tukemana (Järvinen 2014). Käytössä voi olla myös niin sanottu Kuuden K:n malli (kysy, keskustele, kirjaa, kehota, kannusta ja kontrolloi). Kuuden K:n malli perustuu Piispasen (2016, 23) mukaan yhdysvaltalaisten kehittämään viiden A:n malliin, mikä on näyttöön perustuva kliinisen työn ohje tupakoinnin lopettamisessa. Käypä hoito -suosituksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tulisi edetä hoitotilanteessa kuuden K:n periaatteella (Winell 2012). Suullisen valistuksen lisäksi raskaana oleva ja hänen perheensä saa äitiysneuvolasta myös erilaisia esitteitä koskien raskauden ajan tupakointia. Äitiysneuvolan terveydenhoitajalla on käytössään terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu sivusto Terveysportti (www.terveysportti.fi) (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Terveysportin tupakkaja nikotiiniriippuvuustietokannasta löytyy edellä mainittujen lisäksi erilaisia työkaluja käytettäväksi tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen sekä ohjaukseen sekä motivointiin. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa korostetaan näiden Terveysportista löytyvien erilaisten työkalujen käyttöä tupakkavalistuksessa. Äitiysneuvolan terveydenhoitajaa kehotetaan hoitoketjun puitteissa käyttämään esimerkiksi Fagerströmin vuonna 1978 kehittämää nikotiiniriippuvuustestiä (liite 6) tai Terveysportin ja Käypä hoidon -nettisivuilla olevia muita motivointi- ja työskentelymalleja, esimerkiksi reflektointia, tupakkapäiväkirjan pitoa, avartavien kysymysten esittämistä ja ennen kaikkea positiivisuutta. (Fagerström 2011; Winell 2012.)

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja kysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvan EPSHP:n Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökannalta. Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on selvittää miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat käytännössä Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketjua. Toinen tavoite on selvittää miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketjun toimivuuden. Kolmas tavoite on selvittää onko Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjulla ollut terveydenhoitajien mielestä vaikutusta raskaana olevien tupakointiin. Tutkimustuloksia voidaan soveltaa savuttomaan vanhemmuuteen ohjaavien hoitoketjujen kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua savuttoman, aktiivisesti tupakoivan, passiivisesti tupakoivan ja tupakointinsa juuri lopettaneen raskaana olevan äitiysneuvolakäynneillä?
- Miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun toimivuuden asiakkaiden ja eri yhteistyötahojen kanssa?

- Millaisia muutoksia äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat ovat huomanneet raskaana olevien tupakoinnissa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun myötä?
- Miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat mahdollisesti muuttaisivat tai kehittäisivät raskaana olevien Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua?

5 Tutkimuksen toteutus

Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin. Caronnan (2010) mukaan kvalitatiivinen tutkimus on terveydenhuoltoalalle parempi tutkimustapa kuin kvantitatiivinen, kun on kyse esimerkiksi työntekijöiden, organisaatioiden ja potilaiden kulttuurien, kokemuksien ja oikeuksien tutkimisesta. Kvalitatiivinen tutkimus mahdollistaa suuremman liikkumavaran ja tilan analysoida tutkittavia asioita. Sen keinoin pystytään ymmärtämään erilaisten organisaatiomuutosten, mukaan lukien epäonnistuneet aloitteet, hienovaraiset ja joskus piilevätkin syyt. (Bourgeault, Dingwall & de Vries 2010, 71-72.) Hakalan (2015) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tavoite on usein kohteena olevien toimijoiden omien tulkintojen esiin tuominen ja niiden tunnustaminen (Valli & Aaltola 2015, 22). Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti se, että tutkittiin terveydenhoitajien näkökulmia, mielipiteitä ja kokemuksia. Metsämuurosen (2002) mukaan kvalitatiivinen tutkimusote pohjautuu eksistentiaalisfenomenologis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan, joka korostaa yksilön kokemusta ja tutkii inhimillisiä kokemusta ja elämysmaailmaa. (Metsämuuronen 2002, 177: Sivistyssanakirja 2017.) Tuomi ja Sarajärvi (2009) tuovat teoksessaan Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi esiin tutkijoiden käsitteitä siitä, että fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus tutkii ihmistä kohteena ja tutkijana. Keskeisiä käsittteitä ovat kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys. Sen tavoitteena on tehdä jo tunnettu tiedetyksi. Fenomenologshermeneuttista tutkimusta on relevanttia kutsua myös tulkinnalliseksi tutkinnaksi, koska silloin tutkitaan yksittäisen ihmisen kokemusmaailmaa. Ihminen on läsnä elämismaailmassa, mutta muodossa joka ei avaudu käsitteellistämiselle ja ymmärtämiselle suoraan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34-35.)

Eskola ja Suorannan (1998) mukaan laadulliseen tutkimuksen tieteellisyyden kriteeri ei ole aineiston määrä vaan laatu sekä käsitteellistämisen kattavuus. Tutkijan tulee rakentaa vahvat teoreettiset perusteet, jotka osaltaan ohjaavat aineiston hankintaa. Aineiston tehtävä on tavalla tai toisella toimia tutkijan apuna rakennettaessa käsitteelistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Sillä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. (Eskola & Suoranta 1998,18, 61-62.) Tätä tukevat myös Tuomi ja Sarajärvi (2009, 85), joiden mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan tutkittavaa asiaa sen hyvin tuntevien henkilöiden kautta. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun tutkimus rajattiin koskemaan äitiysneuvoloita. Rajaus perustui siihen, että Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketjussa suurin uudistus, uloshengityksen häkämittaus, toteutettiin äitiysneuvoloissa. Uudistuksen toteutuksen myötä raskaana olevien ja heidän perheidensä savuttomiksi saaminen oli hoitoketjussa pääosin äitiysneuvoloiden vastuulla, jolloin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien olettiin olevan uudistuksen asiantuntijoita. Käynnit äitiyspoliklinikalla huomiotiin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien vastauksissa koskien yhteistyötä hoitoketjun sisällä.

Tutkimukseen otettiin mukaan kaksi EPSHP:n alueen suurinta äitiysneuvolaa niin työntekijä- kuin asiakasmääriltäänkin. Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajia niissä oli yhteensä 16 ja alueilla asukkaita yhteensä noin 96 000. Äitiysneuvoloiden asiakaskunta poikkesi toisistaan siten, että toisessa äitiysneuvolassa asiakaskunta oli kaupunkimaisesta ympäristöstä ja toisessa maaseutumaisesta. Työkokemusta terveydenhoitajilla oli äitiysneuvolatyöstä muutamasta kuukaudesta 35 vuoteen. Jokainen tutkimuksen haastatteluun pyydetty terveydenhoitaja suostui haastatteluun. Valituista äitiysneuvoloista oli ollut myös edustajat mukana Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketjun kehittämisessä. Nämä terveydenhoitajat olivat tuoneet neuvoloidensa alueelle tietämystä uudesta hoitoketjusta jo ennen sen käyttöönottoa. Hoitoketjun kehittäjillä voi esiintyä ennakko-oletuksia vaikka laadullinen tutkimus on pääosin hypoteesiton ja tämä tuli tutkijan huomioida omassa työssään (Eskola & Suoranta 1998, 19). Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju koskee kaikkia tupakkatuotteita. Tutkimus rajattiin koskemaan savukkeita polttavia tupakoitsijoita. Rajaus tehtiin siksi, että erilaisia tupakkatuotteita on Suomessa käytössä yhä enenevässä määrin, joten tutkijan oli mahdoton käsitellä tupakkatuotteiden kaikkia muotoja. Suomen vuoden 2016 tupakkalain (L 29.6.2016/549) mukaan tupakkatuotteella tarkoitetaan poltettavaa, sieraimiin vedettävää, imeskeltävää tai pureskeltavaa tuotetta, joka on joko kokonaan tai osittain valmistettu tupakasta. Tupakkatuotteita ovat savukkeet, irtotupakka, sikarit ja suunuuska. (THL 2014; Tupakkalaki 29.6.2016/549). EPSHP:n alueen äitiysneuvoloissa kirjataan potilastietoihin tupakointi ja poltetut savukkeet sekä päivitetyn neuvolakortin myötä myös nuuskan käyttö. Muiden tupakkatuotteiden käyttö kirjataan potilastietoihin, mutta ne eivät välity THL:n tilastoihin.

Kerätessään aineistoa haastattelemalla, on tutkijan esitettävä Hyvärisen (2017) mukaan ainakin kolme kysymystä. Ensiksi on oltava yksi tai useampi tutkimuskysymys, jotka ohjaavat koko tutkimuksen jäsentymistä. Toisen kysymystyypin muodostavat haastattelukysymykset, jotka eivät ole samoja kuin tutkimuskysymykset. Viimeisenä tutkija esittää aineistolle kysymyksiä, joilla pyritään saamaan vastaukset alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 24.) Tutkimuksen äitiysneuvoloissa terveydenhoitajia oli 16. Heidän haastatteluistaan toteutui 14. Tämä määrä haastateltavia todettiin sopivaksi, koska Hyvärisen (2017) mukaan riittävä määrä haastateltuja on sellainen määrä, jolla tulokset voidaan esittää uskottavasti (Hyvärinen ym. 2017,35). Tutkimukseen osallistuneet äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat olivat tutkittavan asian asiantuntijoita, koska he toimivat raskaana olevien tupakoitsijoiden kanssa päivittäin ja heillä oli Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketju käytössään. Tutkimuksen otannasta voidaan käyttää termiä eliittiotanta, jos haastatellut henkilöt ovat tutkittavan asian asiantuntijoita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Tuolloin heitä ei määrällisesti tarvitse olla satoja, vaan tutkittavaan asiaan hyvin perehtynyt perusjoukko riittää. Haastattelut toteutettiin Hyvärisen (2017) mainitsemalla Hirsjärven ja Hurmeen vuonna 1979 esittämän teemahaastattelun keinoin. Teemahaastattelun ajatuksena on, että tutkija ei lyö lukkoon tarkkoja haastattelukysymyksiä vaan määrittää keskeiset teemat, joita tulee käsitellä haastattelussa (Hyvärinen ym. 2017, 21). Teemahaastattelussa ei voi kuitenkaan kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Periaatteessa etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelun periaatteita noudattaen tutkija muodosti haastattelujen teemat ja siten haastattelujen rungon tutkimuksen tutkimuskysymyksistä (liite 5).

Tutkija päätyi teemahaastattelun myös siksi, että Eskola ja Vastamäen (2015) mukaan teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet on etukäteen määrätty, mutta teemahaastattelusta puuttuu kuitenkin strukturoidulle haastattelulle tyypilliset kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Teemahaastattelu antaa tilaa vastauksille joita ei suoraan kysytä. Olennaisinta on kuitenkin se, että tutkimusongelma sitoo kokonaisuuden yhteen ja oikeuttaa myös erilaiset kysymykset. (Valli & Aaltola 2015, 29-35.) Haastattelut suoritettiin kahden kesken tutkijan ja äitiysneuvolan terveydenhoitajan välillä terveydenhoitajan omassa työhuoneessa. Henkilökohtaiset haastatteluajat sovittiin jo kaksi kuukautta etukäteen siitä syystä, että terveydenhoitajat pystyivät varmasti varaamaan työajastaan aikaa haastatteluun. Tästä huolimatta joitakin aikataulumuutoksia jouduttiin tekemään tutkijasta riippumattomista syistä. Puhelinhaastattelu oli vaihtoehtona kasvokkain tapahtuvalle haastattelulle, ellei yhteistä aikaa olisi löytynyt. Puhelinhaastatteluun ei kuitenkaan jouduttu turvautumaan. Hyvä näin, sillä vaikka tiedonkeruumenetelmänä käyntihaastattelut ovat puhelinhaastatteluja kalliimpia, niillä voidaan kerätä laaja ja

rakenteellisesti vaikeakin tietosisältöä luotettavasti (Tilastokeskus 2017). Haastattelut nauhoitettiin ja numeroitiin. Numeroimalla haastattelut varmistettiin niiden toistettavuus. Tällä tarkoitetaan sitä että, tietty haastattelu on mahdollista tehdä uusiksi tarpeen vaatiessa. Tämä voi tulla kyseeseen esimerkiksi, jos ilmenee jokin tekninen ongelma käytetyn nauhurin toiminnassa tai haastattelun purkamisessa. Haastattelujen numerointia käytettiin myös tutkimusraportin aineisto-otteissa. Ruusuvuori ja Nikanderin (2017) mukaan näin voitiin osoittaa, että käytetyt aineisto-otteet ovat peräisin useammalta haastateltavalta eivätkä vain yhdeltä haastatetulta (Hyvärinen ym. 2017, 427). Haastattelujen ja niiden numeroinnin vastaavuus tehtyyn haastatteluun jäi vain tutkijan tietoon. Tällä taattiin haastateltavien anonymiteetti. Tutkija teki myös omia muistiinpanoja jokaisen haastattelun jälkeen. Niihin hän merkitsi tunnelmia, ajatuksia ja sellaista tietoa mitä haastattelussa ei sanallisesti tullut esiin.

Analyysi aloitettiin kirjoittamalla eli litteroimalla haastattelunauhoitukset tekstimuotoon. Tällä tavoin saatiin tutkimuksen aineisto. Se, miten litteroidaan ei ole itsestään selvää, sillä litteroinnin tarkkuusasteen määrää Ruusuvuori ja Nikanderin (2017) mukaan tutkimuskysymys ja analyysitapa. Keskeisenä määräävänä tekijänä on tutkimuskysymys. Litteroinnin tarkkuus määräytyy sen mukaan, onko tarkoitus tutkia puheen sisältöä vai puheen implisiittisimpiä piirteitä. (Hyvärinen, ym. 2017, 427.) Tässä tutkimuksessa tutkittiin puheen sisältöä, koska haluttiin tietää Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta käytännön työssä, ei niinkään hoitoketjun toimijoiden asemasta hoitoketjussa. Käytettävä analyysitapa vaikuttaa litteroinnin tarkkuuteen. Tutkimuksessa toteutettiin analyysitapana induktiivista eli aineistosta lähtevää sisällönanalyysia. Sitä käytettäessä litterointi tapahtuu Ruusuvuori ja Nikanderin (2017) mukaan sanatarkasti kirjaamalla ylös kaikki puhuttu, myös niin sanotut tilkesanat (esimerkiksi ”niinku”, ”tuota”) (Hyvärinen ym. 2017, 430). Tutkija käytti aineiston koodaamisen apuna grounded theory -menetelmää, johon sanatarkka litterointi myös käy. Tärkeää oli tutkijan litteroida ne asiat, joita pidettiin olennaisina analysoitavan ongelman kannalta. Naurahdukset, huokaukset tai muut ”ei sanalliset” -viestinnät jätettiin kirjoittamatta. Haastattelujen litterointi on aineiston analyysin tärkeä vaihe. Se on tapa tutustua ja hahmottaa oma aineisto. Huomattavaa on, että litteroidessaan tutkija tekee valintoja niistä asioista, jotka ovat relevantteja vuorovaikutuksen ja aineiston tulkinnan suhteen. Litteraatio toimii aivan kuin muistiinpanona haastattelusta ja sen jäsentämisen välineenä. (Hyvärinen ym. 2017, 437-438.) Tutkimuksessa tutkijan tekemät omat kenttämuistiinpanot kustakin haastattelusta toimivat muistuttajina haastattelun aikaisista tutkijan omista ajatuksista ja tuntemuksista, joita haastattelu tuotti. Aineistossa tuli esiin 12 haastattelun jälkeen aineiston kyllääntymistä eli aineiston saturaatiota. Tämä tarkoitti sitä, että aineisto alkoi toistamaan itseään, eli siinä oli nähtävissä tietty teoreettinen kuvio eivätkä viimeisimmät haastattelut tuoneet mitään uutta informaatiota tutkimukseen (Eskola & Suoranta 1998, 63). Tuolloin tutkija teki ratkaisun olla litteroimatta ja analysoimatta kahta viimeistä haastattelua.

Aineiston käsittelyn ja analyysin täsmällinen erottaminen on hankalaa. Aineistoa lukiessaan tutkija usein tulkitsee ja analysoi aineistoa, samalla kun hän pyrki ymmärtämään aineistoa tutkimustehtävän näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2012, 110). Eskola ja Suorannan (1998, 19) mukaan olisi hyvä, jos kvalitatiivisen aineiston analyysissä tutkija voisi lähteä mahdollisimman puhtaalta pöydältä ilman määritelmiä tai ennakkoasettamuksia. Tutkimuksessa käytettiin kahta analyysimenetelmää rinnakkain, induktiivista sisällönanalyysiä ja grounded theory -menetelmää. Tutkija perusteli kahden menetelmän käyttöä sillä, että toimimalla näin saatiin aineistosta esiin tutkimuksen kannalta oleellisin tieto. Kahden eri menetelmän käytön mahdollisti se, että laadullisen tutkimuksen kehittyessä on triangulaation käsite siirtynyt jo aineiston analyysimenetelmienkin käyttöön. Analyysimenetelmien triangulaatiolla tarkoitetaan useamman eri analyysimenetelmän käyttöä tutkimuksen tulosten oikeaksi näyttämiseen. (Tuomi 2007, 154.) Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Ennen analyysin aloittamista tulee määritellä käytettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö määriteltiin tutkimustehtävän ja aineiston laadun pohjalta. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useampia lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.) Tutkijan valitsemat koodausyksiköt ovat niitä analyysiyksiköiden osia, jotka voidaan tulkita tarkoituksenmukaisella tavalla suhteessa luokkiin ja jotka sopivat yhteen koodaavan kehyksen alaluokkaan (Schreier 2012, 13). Tutkimuksen analyysiyksikkönä oli terveydenhoitajien saman sisältöiset ajatuskokonaisuudet eli ilmaisut. Niitä tutkija pystyi käsittelemään ja yhdistelemään kokonaisuuksiksi vastaamaan tutkimuksen tarkoitukseen.

Induktiivisesta sisällön analyysi perustuu ensisijaisesti aineistolähtöiseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat (Schreier 2012, 60-61). Kylmä ja Juvakan (2007) mukaan induktiivisessa sisällön analyysissa ei tarvitse jäsentää kaikkea tietoa vaan analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineisto puretaan ensin osiin ja kootaan uudelleen vastaamaan tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineistonlähtöisyydessä on ensiarvoista se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113; Schreier 2012, 58-61.) Tutkijaa ohjasi analyysissä grounded theory -menetelmässä käytetty aineiston koodaaminen yhdessä induktiivisen sisällönanalyysin kanssa. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston koodaminen on olennaista (Schreier 2012, 127-128). Grounded theory -menetelmässä aineisto koodataan ensin käyttäen avointa koodausta. Siinä aineistosta pyritään etsimään erityisiä merkityskokonaisuuksia, jotka liittyvät tutkimusongelman kannalta relevantteihin ilmiöihin tai prosesseihin. (Luomanen 2010, 356-357.) Avoimen koodauksen jälkeen suoritetaan aineiston pitkittäiskoodaus, jolloin pyritään löytämään yhteyksiä, erilaisia suhteita ja vuorovaikutusta analyysin ensimmäisen vaiheen aikana löytyneiden irrallisten kategorioiden välillä. Näin eri merkitykset saadaan asetettua uuteen kontekstiin. (Luomanen 2010, 356-357.) Tutkija luo näin ensin alaluokkia, sitten yläluokkia ja lopulta pääluokkia. Viimeinen vaihe on valikoiva koodaus, jolloin tarkastelussa keskitytään yhteen ydinkategoriaan. Käytännön tutkimustyössä nämä vaiheet menevät usein päällekkäin. (Luomanen 2010, 356-357.) Alasuutarin (2011) mukaan aineiston tarkastelussa kiinnitetään huomiota siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja kulloisenkin kysymyksenasettelun kannalta olennaista. Näin aineistosta saadaan nousemaan pelkistettyjä, isoa aineistoa hallittavampia, havaintoja. Pelkistäminen jatkuu karsimalla näitä havaintoja yhdistämällä niitä harvemmiksi havaintojen joukoksi. Tähän päästään etsimällä havaintojen yhteinen piirre tai nimittäjä tai muotoilemalla sääntö, joka tältä osin pätee koko aineistoon. (Alasuutari 2011, 40.) Schreierin (2012, 61) mukaan tutkijaa auttaa tässä oma päätös siitä, mitä on se hänen tutkimukselleen olennainen tieto ja montako kategoriaa tutkija pystyy käsittelemään tutkimuksessaan. Aineiston koodaamista ja olennaisen tiedon poimintaa helpotti se, että tutkijalla oli esillä koko analyysiprosessin ajan tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tuolloin tutkija pystyi poimimaan aineistosta tutkimukselle oleellisen tiedon.

Tutkija lähti analysoimaan aineistoa lukemalla sen useaan kertaan läpi. Luettuaan aineistoa läpi tutkija jätti viimein huomioimatta aineistossa turhiksi kokemansa ilmaisut ja sanat kuten ”jaa”. Näin tutkija teki itselleen aineistosta version, jossa oli vain asiapitoista tekstiä. Tämä tehtiin menettämättä alkuperäisten ilmaisujen merkitystä. Saatu teksti talletettiin erilliseksi tiedostoksi. Tutkija tulosti tuon tekstin ja konkreettisesti leikkasi erikseen kunkin ilmaisun omaksi yksittäiseksi paperiksi. Näissä yksittäisissä papereissa olevat ilmaisut tutkija asetti taulukon muotoon etsimällä kustakin ilmaisusta eli ”lainauksesta” niiden sisältämän keskeisen, pelkistetyn, asian (Ks. taulukko 1).

Pelkistetyt lauseet tai sanayhdistelmät tutkija yhdisti samaa tarkoittavien isompien aihealueiden alle (Ks. taulukko 2). Näin muodostui 70 erilaista alaluokkaa.

Tämän jälkeen saaduista alaluokista etsittiin saman aihepiirin luokkia laajemman yksittäisen käsitteen merkityksen alle. Näin muodostettiin alaluokista sompia luokkia eli yläluokkia (Ks. taulukko 3). Yläluokat kuvasivat jo laajemmin aineistosta saatua tietoa ja niissä toteutui Kylmä ja Juvakan (2007, 118) toteamus, että yläluokan nimen tulee kattaa sen alle tulevien alaluokkien sisällöt. Yläluokkia saatiin 20.

Yläluokat yhdistettiin alaluokkien tapaan taas suuremmiksi kokonaisuuksiksi aiheittain (Ks. taulukko 4). Näin saatiin tutkimukselle pääluokat. Pääluokat sisälsivät aina yhden aineistosta esiin nousseen terveydenhoitajien ilmaiseman keskeisimmän ja tärkeän aihealueen.

Tulokseksi saatiin viisi pääluokkaa. Pääluokkien muodostamisessa niiden nimet käsitteellistettiin luomalla teoreettiset käsitteet. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Saadut pääluokat olivat Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla, Muu valistus kuin häkämittaus, Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolassa, Yhteistyö tupakasta vieroituksessa sekä Kehitysehdotuksia hoitoketjuun.

Taulukko 1 Esimerkki pelkistetyn ilmaisun muodostamisesta

Lainaus	Pelkistetty ilmaus
se on ollu mun mielestä paras työkalu kaikista. Että toki mä annan kaikki esitteet ja tämmöset, mutta mun mielestä se on niinku konkreettisin. H1	häkätaulukko toimii asian selittämisessä
Mittarin käyttöön en niinku oo ei oo, eli jos ei olis mitään puhalluksia niin sitten mä koen, että mä osaan perustella ja selittää miksi ei kannata tupakoida. H12	häkätaulukon tulkinta varmaksi ja rutiiniksi
ku joiltakin on mittaillu täs niin on huomannut että ku ei oo ja mä en muista nyt kuinka pitkä aika tupakoinnista oli ja se kutenki näyttää tosi hyviä. Sitte mä ajattelen että puhaltaako niin kunnolla siihen ku näyttää aina melkein parempaa. Että jotenki aina tulee sitte semmoinen, että miten voikin näyttää noin hyvältä. H2	vaikeinta taulukon tulkinta: jos tupakoi paljon mutta mittari näyttää vähän
ku meillä on se hieno kaavio. Se että se vaikuttaaki enemmän siihen sikiöön niin se on mun mielestä aika havainnollinen. Että tosi hyvä. Vähän herää. H4	häkätaulukko hyvä: konkretisoi asian

Taulukko 2 Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
häkätaulukko toimii asian selittämisessä	Häkätaulukon tulkinta
häkätaulukon tulkinta varmaksi ja rutiiniksi	
vaikeinta taulukon tulkinta: jos tupakoi paljon mutta mittari näyttää vähän	
häkätaulukko hyvä: konkretisoi asian	
häkätaulukko on hyvä	häkätaulukko terveydenhoitajan työn tukena
äidille häkämittarin lukema helpompi selvittää, kun suora yhteys sikiöön	
häkämittaus konkretisoi tupakoinnin äidille	
häkämittaus on hyvä	

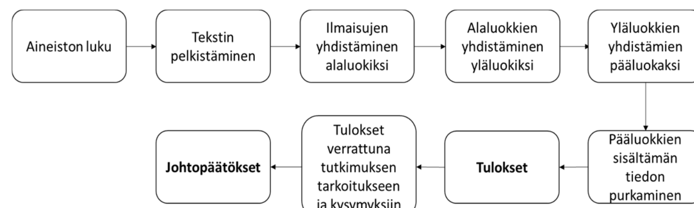
Taulukko 3 Esimerkki yläluokan muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka
häkätaulukon tulkinta	HÄKÄTAULUKKO
häkätaulukko terveydenhoitajan työn tukena	
asiakkaiden reaktiot häkämittauksen tulokseen	
häkämittaustuloksen vaikutus asiakkaaseen	

Taulukko 4 Esimerkki pääluokan muodostamisesta

Yläluokka	Pääluokka
Häkämittari	HÄKÄMITTAUS ÄITIYSNEUVOLAN VASTAANOTOLLA
Häkätaulukko	
Terveydenhoitajan toiminta käytännössä	
Äidit asiakkaina	
Isät asiakkaina	
Asiakkaiden asenteet häkämittaukseen	

Analyysiprosessin lopuksi tutkija vertasi saatujen pääluokkien sisältöjä tutkimuskysymyksiin pyrkien saamaan vastauksia tutkimuksen tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Tutkija vertasi tuloksia aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin löytääkseen yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia. Näin pyrittiin siirtymään empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113). Aineiston analyysi ei toteutunut virtaviivaisesti. Analyysiprosessi on kuvailtu pääpiirteissään kuviossa 1.Tutkija joutui palaamaan useaan otteeseen edelliseen kohtaan analyysiprosessissa, koska terveydenhoitajien tuottama aineisto oli monisanaista ja monimerkityksellistä. Prosessina kuvailtuna analyysi vaikuttaa johdonmukaisesti etenevältä, mutta käytännössä näin ei tapahtunut.



Kuvio 1 Analyysiprosessin eteneminen

6 Tulokset

6.1 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolan vastaanotolla Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju oli otettu äitiysneuvoloissa vastaan positiivisena uudistuksena. Tärkeimpinä kohtina nousivat esiin asiakkaiden tietoisuus hoitoketjusta, hoitoketjun saama vastaanotto, terveydenhoitajien asenne tupakasta valistamiseen, hoitoketjun toimivuus ja hoitoketjun vaikutus raskaana olevien tupakointiin.

Taulukko 5 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolassa

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
asiakkaiden tietoisuus häkämittauksesta	ASIAKKAIDEN TIETOISUUS HOITOKETJUSTA	SAVUTON ODOTUS JA VANHEMMUUS HOITOKETJU ÄITIYSNEUVOLASSA
häkämittauksesta tiedottaminen		
terveydenhoitajien reaktiot hoitoketjuun	HOITOKETJUN SAAMA VASTAANOTTO	
asiakkaiden reaktiot hoitoketjuun		
suhtautuminen tupakoinnin lopettamiseen	TERVEYDENHOITAJIEN ASENNE TUPAKASTA VALISTAMISEEN	
tupakoinnin hoito riippuvuutena		
asenne tupakoinnin suhteen		
suhtautuminen valistukseen		
tapa vastaan riippuvuus		
terveydenhoitajien asenne hoitoketjuun	HOITOKETJUN TOIMIVUUS	
audit		
ylimääräinen vastaanottoaika		
hoitoketjun toimimattomuus		
hoitoketjun toimiminen		
synnytyksen jälkeen		
aktiivinen tupakoitsija jatkaa	HOITOKETJUN VAIKUTUS RASKAANA OLEVIEN TUPAKOINTIIN	
tupakoinnin määrää vähennetään		
satunnaiset tupakoijat lopettavat		
tupakoitsijoiden määrän muutos		
asiakkaan oman motivaation vaikutus lopettamiseen		

6.2 Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla
Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla sisälsi konkreettisen häkämittarin, häkämittariin puhaltamisen, häkämittarin tuloksen tulkinnassa käytetyn vertailutaulukon tulkinnan äidin ja sikiön häkäpitoisuudelle, terveydenhoitajan toiminnan käytännössä sekä asiakasnäkökulman häkämittaukseen (Taulukko 6).

6.3 Muu valistus kuin häkämittaus
Muu terveydenhoitajan antama valistus käsitti asiakaskontakteissa tapahtuvan valistuksen, suullisen sekä kirjallisen valistuksen. Yksittäiseksi ryhmäksi nousi nimenomaan tupakoitsijoille annettava valistus (Taulukko 7).

6.4 Yhteistyö Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa
Yhteistyö -pääluokan alle tuli yhteistyö lääkärin ja terveydenhoitajan välillä, lähetteet äitiyspoliklinikalle ja korvaushoitojen toteuttaminen (Taulukko 8).

6.5 Kehitysehdotuksia hoitoketjuun
Keskeisimpinä kehitysehdotuksina Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketjuun terveydenhoitajat nostivat heidän oman lisäkoulutuksen tarpeensa häkämittauksen toteuttamiseen ja sen tulosten tulkintaan. Koettiin tarvetta myös koulutukselle tupakoinnin hoitoon riippuvuutta aiheuttavana asiana. Terveydenhoitajat halusivat tietoa ja käytännön vinkkejä tupakoitsijoiden kanssa toimimiseen. Terveydenhoitajat toivoivat tiiviimpää yhteistyötä kaikkien raskaana olevien hoitoon osallistuvien osapuolten kesken. Esiin nostettiin myös hoitolinjojen selkeyttäminen, Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toiminta raskauden jälkeen sekä hoitoketjun tulevaisuus. Isien huomiointi savuttomuuteen kannustamisessa haluttiin nostaa esiin. Raskaana oleville toivottiin myös jonkinlaista omaa seurantaa oman tupakointinsa suhteen (Taulukko 9).

Taulukko 6 Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
häkämittarin toiminta	HÄKÄMITTARI	HÄKÄMITTAUS ÄITIYSNEUVOLAN VASTAANOTOLLA
häkämittarien määrä		
häkämittarin merkitys		
häkätaulukko terveydenhoitajan työn tukena	HÄKÄTAULUKKO	
häkätaulukon tulkinta		
häkämittauksen esittäminen	TERVEYDENHOITAJAN TOIMINTA KÄYTÄNNÖSSÄ	
ensikäynnillä puhalluttaminen		
puhalluttaminen muuten kuin ensikäynnillä		
häkämittaus rutiiniksi		
häkämittauksen merkitys		
savuttomat asiakkaat	ÄIDIT ASIAKKAINA	
tupakoinnin vähentäjät / lopettaneet		
isien tupakoiminen	ISÄT ASIAKKAINA	
terveydenhoitajan toiminta isien kanssa		
parit		
kieltäytyminen häkämittauksesta	ASIAKKAIDEN ASENTEET HÄKÄMITTAUKSEEN	
positiivinen vastaanotto		
asiakkaiden reaktiot häkämittauksen tulokseen		
häkämittaustuloksen vaikutus asiakkaaseen		

Taulukko 7 Muu valistus kuin häkämittaus

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
puhelut	ASIAKASKONTAKTIT	MUU VALISTUS KUIN HÄKÄMITTAUS
ensikäynti vastaanotolla		
muut äitiysneuvolakäynnit		
raskauden jälkeen		
esitteiden jako	VALISTUKSEN ERI MUODOT	
esitietokaavakkeet		
suullinen valistus		
kannustus	TUPAKOITSIJOIDEN VALISTUS	
realistisesti pelottelematta		

Taulukko 8 Yhteistyö Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
terveydenhoitajan ja neuvolalääkärin yhteistyö	YHTEISTYÖ LÄÄKÄRIN JA TERVEYDENHOITAJAN VÄLILLÄ	YHTEISTYÖ SAVUTON ODOTUS JA VANHEMMUUSA -HOITOKETJUSSA
terveydenhoitajan ja äitiyspoliklinikkan lääkärin yhteistyö		
muun syyn kuin tupakan takia äitiyspoliklinikalle	LÄHETTEET ÄITIYSPOLIKLINIKALLE	
lähetteet tupakan takia äitiyspoliklinikalle		
terveydenhoitajien asenne äitiyspoliklinikalle lähettämiseen		
lääkärien toiminta korvaushoidoissa	KORVAUSHOITOJEN TOTEUTUMINEN	
terveydenhoitajan toiminta korvaushoidoissa		

Taulukko 9 Kehitysehdotuksia hoitoketjuun

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
häkätaulukon tulkinta	KOULUTUKSEN TARVE	KEHITYSEHDOTUKSIA HOITOKETJUUN
tupakoitsija asiakkaana		
HAL kätilöiltä koulutusta		
hoitoketjuun liittyvästä koulutuksesta yleensä		
tiedonkulun ja yhteistyön tiivistäminen erikossairaanhoidon kanssa	YHTEISTYÖN TIIVISTÄMINEN	
yhteistyö HAL polin kanssa		
Palvelupolun käyttö		
yhteistyön tiivistäminen oman lääkärin kanssa		
yhteistyön tiivistäminen terveydenhoitajien kesken		
hoitolinjojen selkeyttäminen	KEHITYSEHDOTUKSIA	
hoitoketju raskauden jälkeen		
hoitoketjun tulevaisuus		
isät		
potilaan oma hoito		

7 Pohdinta

Eettistä lupaa ei Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeiden mukaan tutkimukseen tarvittu, koska tutkimus ei koskenut potilaita vaan toimintatapoja ja äitiysneuvolan työntekijöiden kokemuksia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Jos jotain potilaaseen liittyvä tuli esiin, niin se ilmeni lukumäärinä tai prosenttilukuina eikä niissä ollut tunnistettavuuden vaaraa.Tutkimukseen haettiin kirjallinen lupa tutkimussuunnitelman kera kunkin äitiysneuvolan tutkimuslupia myöntäviltä tahoilta. Lisäksi haastatteluihin osallistuneille terveydenhoitajille lähetettiin tutkijan kirje tutkimuksesta (liite 3) heidän esimiestensä kautta. Tutkittavat allekirjoittivat myös tutkittavan suostumuksen ennen haastattelua (liite 4). Tutkija oli henkilökohtaisesti käynyt kertomassa tutkimuksestaan siihen osallistuvien äitiysneuvoloiden osastotunneilla. Näissä tapaamisissa oli ollut läsnä suurin osa äitiysneuvoloiden terveydenhoitajista. Tutkittaville selvitettiin ennen tutkimusta sen tavoitteet, menetelmät ja riskit. Heille myös kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja se toteutetaan anonymiteetisti. Tutkittaville selvitettiin mistä tutkimuksessa on kyse ja mihin tutkittavien antamat tiedot päätyvät sekä mitä nille tapahtuu tutkimuksen päätyttyä (Ks. Tuomi 2007, 145). Tällä tavoin tutkija pyrki olemaan avoin tutkimuksestaan ja tutkimuksen molemmat osapuolet olivat selvillä tutkimuksesta, oikeuksistaan ja rooleistaan tutkimuksessa.

Tutkimuksen haastatteluaineiston hallinnassa on Ranta ja Kuula-Luumin (2017) mukaan olennaista tutkittavien informointi, suostumus, tunnistetietojen käsittely ja aineiston kuvailu. Informointi ja tunnistetietojen käsittely ovat olennaisia myös eettisten periaatteiden ja tietosuojalain noudattamisen näkökulmasta. (Hyvärinen ym. 2017, 413.) Haastateltavien anonymiteetin suojaamisessa toteutettiin Ranta ja Kuula-Luumin (2017) mainitsema haastateltavien suojaaminen. Tuolloin heitä ei voi tunnistaa tutkimuksesta kohtuullisesti toteutettavissa olevilla toimenpiteillä. Sopivia keinoja ovat haastateltavien tietojen muuttaminen, poistaminen tai kategorisointi. (Hyvärinen ym. 2017, 418-419.) Tietoarkiston aineistonhallinnan käsikirjan mukaan aineisto on anonyymi vasta, kun siitä ei voi millään kohtuullisesti toteutettavissa olevilla keinoilla tunnistaa yksittäisiä tutkittavia. Anonyymistä aineistosta ei voi tunnistaa yksittäisiä tutkittavia esimerkiksi epäsuorien tunnisteiden avulla tai yhdistämällä aineistoon muualta saatavia tietoja. (Tietoarkisto 2017.)

Kuulan (2011, 201) mukaan tutkija voi valita sellaisia tutkimustapoja, joissa on vähiten riskiä tunnistamiselle tai vaikuttamiselle asiaan. Tämän tutkimuksen toteutus tapahtui haastatteluina. Tehdyistä haastatteluista ei tullut ilmi ketä haastatellaan tai missä äitiysneuvolassa haastattelu toteutettiin. Haastattelut numeroitiin, sillä aineistoa litteroidessa tämä helpotti asian käsittelyä ja analyysia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 80). Käyttämällä ainoastaan numerointia tunnistekeinona tutkimuksessa, haastateltaville taattiin anonymiteetti. Haastatteluille annettujen numeroiden vastaavuudet haastateltaviin jäivät vain tutkijan tietoon. Tarvittaessa numerointi helpotti haastattelun uudelleen toteuttamista, mikäli ilmeni esimerkiksi haastattelun taltioinnissa jokin tekninen ongelma. Eettisyyden suhteen tutkija on itselleen läheisellä alueella. Tämä aihe koskee tutkijan omaa henkilökohtaista ammattia. Tutkija näkee omassa ammatissaan äitiysneuvolan toiminnan tuloksia. Hoitoketjun varsinaisessa suunnittelussa tutkija ei ole ollut mukana, mutta hän on ollut yhtenä tekijänä sen viimeistelyssä ja julkistamisessa. Tutkijan noudattikin TENK:n ohjetta ja sopi etukäteen ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut, eri tekijöitä koskevat periaatteet ja velvollisuudet käymällä äitiysneuvoloiden osastotunneilla esittelemässä opinnäytetyötään sekä kertomalla omasta osuudestaan siihen liittyen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009). Tämän lisäksi tutkija avasi tutkimuksen toteutusta ja analyysia kirjallisessa raportissa. Oleellista Ranta ja Kuula-Luumin (2017) mukaan on suunnitella haastattelutallenteiden tietoturvallinen käsittely (Hyvärinen ym. 2017,437). Tutkija kirjoitti henkilökohtaisesti haastattelut auki omassa käytössä olevalla tietokoneellaan. Kirjoitetut haastattelut tallettiin tutkijan omiin salasanoilla suojattuihin tiedostoihin. Kenelläkään muulla ei ollut mahdollisuutta niitä aukaista tai lukea. Missään vaiheessa ei tutkittavien henkilökohtaisia tietoja talletettu minnekään. Tiedostoissa haastattelut kulkivat pelkästään niille annetuilla numeroilla. Tutkimuksen valmistuttua haastattelut ja saatu aineisto, lukuun ottamatta valmista tutkimusraporttia, tuhottiin noudattaen Arkistolakia (L 23.9.1994/831, 13 §). Arkistolain mukaan haastattelujen ja aineiston tuhoaminen tulee tapahtua niin, ettei niitä millään keinoin voi rekonstruoida tai jäljittää (L 23.9.1994/831, 13 §). Toimimalla näin varmistettiin myös tutkittavien tietosuoja.

Luotettavuuden todistaminen laadullisessa tutkimuksessa on monivaiheista. Laadullisen tutkimuksen tekemisessä validiteetti ja reliabiliteetti ovat vaikeampia määritellä. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaankin mieluummin tutkimuksen vakuuttavuudesta. Tuolloin tutkija vakuuttaa tiedeyhteisön tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat mahdollisimman näkyviksi. (Toikko & Rantanen 2009, 123.) Tuomi ja Sarajärven (2009) mukaan tutkijan tulee laadullisessa tutkimuksessa huolehtia siitä, että tutkimuksen kohde ja tarkoitus on selvästi esitetty. Tutkijan tulee myös tuoda ilmi omat tarkoitusperänsä tutkimuksen teossa. Aineiston keruu ja analyysi pitää perustella ja esittää niin, että lukijalle tulee esiin miten saavutettuihin tuloksiin on tultu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.) Eskola ja Suoranta (1998) korostavat sitä, että kvalitatiivinen tutkimus voi olla hypoteesiton, jolloin siinä ei ole lukkoonlyötyjä ennakko-olettamuksia tutkimuksen kohteesta tai tutkimustuloksista. Tulee kuitenkin huomioida, että tutkijan havainnot ovat aina latautuneet aikaisemmiilla kokemuksillamme. (Eskola & Suoranta 1998, 19.) Tässä tutkimuksessa tutkija oli ollut mukana suunnittelemassa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua, jolloin hänelle oli jo muodostunut jonkinlainen ennakko-olettamus hoitoketjusta käytännössä. Tutkijan tuli huomioida tämä tutkimuksen aikana sekä tuoda se tutkimuksessa avoimesti esiin. Tutkimuksessa pyrittiin avoimuuteen kaikin mahdollisin keinoin. Kirjallisessa raportissa käytiin aiheen valinta, sen taustat ja teoriat lävitse. Haastattelujen teemojen valinta sekä haastattelujen analyysit selostettiin kohta kohdalta. Analyysiprosessi laitettiin raporttiin kuviona. Pääluokkien ja tulosten muodostuminen haastatteluista kuvattiin eri taulukoissa. Lukijalle tuli tieto siitä mistä tutkimus alkoi, miten se on edennyt, miksi sekä miten näihin tuloksiin on päädytty ja millaisiin tuloksiin on päädytty. Alasuutarin (2011, 231) mukaan kvalitatiivisella tutkimuksella saadaan syvällistä tietoa, joka on huonosti yleistettävää. Tässä tapauksessa tutkimuksen tuloksia voidaan EPSHP:n alueella jollain muotoa yleistää Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjuun liittyen, sillä tutkimuksessa olivat mukana alueen kahden suurimman alueen äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat. Äitiysneuvoloiden asiakaskunta on myös hyvä läpileikkaus EPSHP:n alueesta. Saatu aineisto oli luotettavaa, koska tutkija ei kokenut tarpeelliseksi litteroida kahta viimeistä haastattelua niiden sisältämän aineistossa jo esiin tulleen aineiston saturaation vuoksi.

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju oli otettu positiivisesti vastaan. Hoitoketjun sisällön suhteen terveydenhoitajilla ei ollut muutoksen tarvetta. Se, mikä aiheutti eniten kysymyksiä, oli hoitoketjun yhdistäminen käytännön työhön siten, että hoitoketjun tarkoitus toteutuisi. Terveydenhoitajat toteuttivat Savuton odotus ja vanhemmuus –hoitoketjua pääosin yhtenäisesti. Savuttomien asiakkaiden kanssa suurin ero tuli ilmi häkämittarin käytössä. Heidän puhalluttamisessaan häkämittarilla terveydenhoitajilla oli monia eri tapoja. Osa puhallutti kaikki asiakkaansa, osa jätti savuttomien puhalluttamisen kokonaan pois. Myös tupakoinnin huomioiminen savuttoman asiakkaan käynneillä oli vaihtelevaa. Joku terveydenhoitaja ei asiasta vastaanottokäynneillä puhunut, joku toinen kysyi joskus savuttomuuden tilaa. Eniten huomiota saivat ne savuttomat raskaana olevat, jotka olivat joskus tupakoineet, mutta jo ennen raskautta tai aivan alkuraskaudessa lopettaneet tupakoinnin. Tämä siksi, että terveydenhoitajat tiedostivat riskin tupakoinnin aloittamiselle näillä naisilla. Tuoilloin terveydenhoitajat pyrkivät löytämään yhdessä raskaana olevan kanssa niitä keinoja ja voimavaroja millä raskaana oleva voisi välttää tupakoinnin uudelleen aloituksen synnytyksen ja erityisesti imetyksen jälkeen. Aktiivisesti tupakoivan raskaana olevan puhalluttivat häkämittarilla kaikki terveydenhoitajat. He eivät puhalluttaneet, jos asiakas kieltäytyi puhaltamasta häkämittariin. Syytä kieltäytymiseen terveydenhoitajat eivät kysyneet. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitajat panostivat muuhun tupakoinnista valistamiseen, keskusteluun, motivoivaan haastatteluun ja mahdollisesti korvaushoitojen käyttöön. Jokaiselle raskaana olevalle jaettiin esitteet tupakoinnista raskauden aikana. Häkämittauksen voikin korvata intensiivisellä valistamisella saaden näin tupakoinnin vähenemään kuten Fendall ym. (2012) olivat todenneet (Fendall ym. 2012, 241). Suomalaiset äidit

olivat myös halukkaita keskustelemaan eivätkä terveydenhoitajat kokeneet suurta vastustusta raskaana olevien puolelta kun keskusteltiin tupakoinnista. Samaan raskaana olevien halukkuuteen keskustellaa tupakoinnista oli päätynyt Piispanen (2016, 42). Terveydenhoitajat olivat toiminnassaan huomioineet myös sen, että tupakoinnin lopettaneella oli riski aloittaa tupakointi uudelleen imetyksen loputtua. Lähetteitä pelkästään tupakoinnin takia äitiyspoliklinikalle terveydenhoitajat eivät juuri tehneet. Suurin syy tähän oli, että raskaana olevat eivät olleet halukkaita tupakoinnin lopettamiseen. Suurin osa vähensi tupakointiaan, mutta harva todella lopetti sen. Jos raskaana oleva jostain syystä lähetettiin äitiyspoliklinikalle, terveydenhoitaja mainitsi tupakoinnin lähetteessä. Tuolloin he toivoivat että äitiyspoliklinikalla otettaisiin tupakointiin kantaa. Näin olikin useinmiten tehty, mutta kirjaamisen puutteen vuoksi eivät terveydenhoitajat olleet varmoja mitä äitiyspoliklinikalla oli tehty tupakoinnin lopettamiseksi. Terveydenhoitajat toivoivatkin että heillä olisi joku johon tukeutua, vaikka oma neuvolalääkäri, jos tupakoijan kanssa oli ongelmia. O'Connell ja Duaso (2014, 455-456) toivat esiin tämän terveydenhoitajien toiveen, että heillä olisi joku joka ottaisi kantaa ja neuvoisi heitä tupakoitsijan toimimisen suhteen. Isien tupakointi tuli huomioitua kartoitettaessa raskaana olevan passiivista tupakointia. Isät saivat puhaltaa halutessaan häkämittariin ollessaan äitiysneuvolassa. Tämä tapahtui suurimmaksi osaksi ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä. Jos isä ei tuolloin ollut läsnä, unohtui puhalluttaminen. Terveydenhoitajat kokivat isän läsnäolon positiivisesti, sillä silloin he saivat antaa tietoa tupakoinnin vaaroista sikiölle pariskunnalle yhdessä. Tuolloin he kokivat, että riski raskaana olevan tupakoinnin uudelleen aloittamiselle tai määrän nostamiselle pieneni, kun kumppanikin osallistui aktiivisesti tupakkavalistukseen. Penn ja Owen (2002) olivat todenneet tämän saman eli kumppanien vaikutuksen raskaana olevan tupakoinnin muutokseen toteamalla, että raskaana oleva todennäköisesti tupakoi, jos hänen taloudessaan yksikin henkilö tupakoi.

Tutkimuksessa tuli ilmi, että äitiysneuvoloissa oltiin tietoisia uudesta Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta ja sen toiminnasta melko hyvin. Osa terveydenhoitajista ei ollut varmoja mahdollisuudestaan lähettää itsenäisesti tupakoitsijoita äitiyspoliklinikalle tai omalle neuvolalääkärille heti kun tehokkaampaan tupakointiin puuttumiseen ja korvaushoitoihin tuli tarvetta ja asiakas oli tähän halukas. Suurin pohdintaa aiheuttava asia olikin asiakkaan motivaation aiheuttama ristiriita terveydenhoitajan ja raskaana olevan käsityksissä siitä, milloin oli tarve tiukemmalle puuttumiselle tupakointiin. Jos terveydenhoitaja koki, että raskaana oleva tarvitsi enemmän tukea kuin hän voi antaa, mutta asiakkaalla ei ollut itsellään tähän motivaatiota tai halukkuutta, olivat terveydenhoitajat melko neuvottomia. Heille ei ollut selvää miten toimia tässä tilanteessa. Kaivattiin jotain omaa äitiysneuvolassa toimivaa tupakastavieroituksen asiantuntijaa ja enemmän kollegiaalista tukea. Tämä sama oli tullut esille Cameron ja Windsorin (2015, 27-28) tutkimuksessa siitä, että raskaana olevan tupakasta vieroitus onnistui paremmin, kun kätilöllä oli aihepiiristä tietoa sekä kollegiaalista tukea. Äitiyspoliklinikan kanssa yhteistyö sujui, mikäli sinne oli tupakoinnin takia raskaana oleva lähetetty. Yhteistyö oli kirjallisella tasolla ja sekin oli usein vain merkintä potilaspapereissa "keskusteltu asiakkaan kanssa nikotiinikorvaushoidoista / tupakoinnista". Tämä sama päti yhteistyöhön oman neuvolalääkärin kanssa. Toisaalta, ristiriitoja lääkärien ja terveydenhoitajien tekemisissä tupakasta valistuksen suhteen ei ollut tullut esiin. Korvaushoitojen aloitukseen terveydenhoitajat toivoivat enemmän tukea lääkäreiltä.

Suuria muutoksia raskaana olevien tupakointiin eivät terveydenhoitajat olleet huomanneet. Joku sanoi tupakoinnin vähentyneen, joku kertoi naisten tupakoivan yhä vain enemmän. Suurin osa kuitenkin totesi, että tupakoinnin vähentäjien määrä oli noussut, mutta niiden määrä jotka lopettivat kokonaan oli pysynyt samana. Vähennykseen vaikutti terveydenhoitajien mukaan eniten häkämittauksen esittämä konkreettinen tieto hään vaikutuksista sikiöön. Tuolloin tulevat vanhemmat näkivät häkätaulukosta numeroina kuinka paljon häkää heidän vauvalleen meni. Samanlainen vaikutus oli tullut esiin Campbell ym. (2016) tutkiessa häkämittauksen tekoa ultraäänitutkimuksen yhteydessä. Tuolloin hään vaikutus konkretisoitui raskaana oleville ja sillä oli positiivinen vaikutus tupakoinnin vähentämiseen. (Campbell ym. 2016, 5.) Terveydenhoitajat kokivat myös, että häkämittauksen taulukosta oli heille itselleen tuki asian selittämisessä. Isien tupakonnissa oli samanlaista vaihtelua kuin äitienkin. Suurin ongelma oli, että isät eivät olleet niin aktiivisesti läsnä äitiysneuvolaläynneillä. Myös se, että Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju oli aktiivisimmillaan juuri äitiysneuvolassa, vähensi isien osuutta. Lastenneuvoloiden aktiivisempi rooli voisi tuoda perheissä tapahtuvaan tupakointiin enemmän muutosta.

Tutkimuksessa tuli esiin O'Connelin ja Duasan (2014, 455-456) esiin tuomat haasteet häkämittauksessa ja aktiivisemmassa tupakoinnista valistamisessa ätiysneuvolakäynneillä. Terveydenhoitajat kokivat kiireen ja ajankäytön heille haastavimmaksi Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa. Eritoten ongelma korostui niissä neuvoloissa, joissa oli yksi häkämittari useamman terveydenhoitajan käytössä. Tuolloin, jos häkämittari ei ollut heti käytettävissä, häkämittaus jäi tekemättä. Häkämittauksen ja tupakoinnista valistamisen tuli tapahtua äitiysneuvoloissa tapahtuvan muun työn ohella. Erityisesti häkämittauksen tekemiseen ensikäynnillä terveydenhoitajat kokivat haastavaksi, sillä tuolla käynnillä oli monta muutakin asiaa käsiteltävänä raskaana olevan kanssa. Terveydenhoitajat kokivat, että eivät pysty toteuttamaan tupakasta valistusta niin aktiivisesti kuin haluaisivat ajanpuutteen vuoksi. Hoitoketju oli vielä niin uusi, että siitä ei ollut vielä tullut terveydenhoitajille rutiinia, jolloin sen toteutus vei enemmän aikaa. Tällä hetkellä vain yksi terveydenhoitaja pystyi antamaan ajan itselleen tupakoitsijan ylimääräiselle kontrollikäynnille. Mitään selkeää ratkaisua terveydenhoitajille ei ollut tähän antaa. He olettivat, että kun hoitoketju tulee enemmän rutiiniksi heille, niin he pystyvät sitä paremmin toteuttamaan (Ks.O'Connell & Duaso 2014). Osansa vastaaottoajasta vei raskaana olevien tietämättömyys hoitoketjusta, erityisesti häkämittauksesta. Tuolloin aikaa terveydenhoitajan vastaanotosta kului siihen, että terveydenhoitajat selittivät kullekin raskaana olevalle ja hänen kumppanilleen yksilöllisesti mistä mittauksessa oli kyse. Toinen merkittävä toive minkä terveydenhoitajat esittivät oli koulutus. Toivottiin koulutusta nimenomaan häkätaulukon tulkintaan sekä tupakoinnin hoitoon riippuvuutena. Häkätaulukkoa paremmin tulkitsemalla terveydenhoitajat olettivat pystyvänsä tehokkaampaan ja ajallisesti tiiviimpään valistukseen. He toivoivat pystyvänsä vastaamaan raskaana olevien kysymyksiin kaikella sillä varmuudella millä he pystyivät vastaamaan suurimpaan osaa asiakkaittensa kysymyksiä. Sama oli tullut esiin Bauld ym. (2017) tutkimuksessa. Siinäkin toivottiin terveydenhuollon henkilöstön tiiviimpää yhteistyötä, kouluttautumista tupakasta vieroittamiseen ja tehokkaampaa häkämittarin käyttöä. Hoitajan varmuus tupakan lopettamiseen liittyvistä asioista lisäsi hänen tunnettaan siitä, että hän sai enemmän hyödyllistä aikaan koskien raskaana olevien tupakointia. (Bauld ym. 2017, 68.) Yhteistyön lisäämistä toivottiin lähinnä tiedonjaon lisäämisenä. Toivomuksena oli yhteisiä tapaamisia, joissa hoitoketjusta keskusteltaisiin ja jaettaisiin kokemuksia. Osallistujia toivottiin mahdollisimman laajalta alueelta ja lääkärienkin haluttiin näihin osallistuvan. Näillä keinoin haluttiin lisätä hoitoketjun toimivuutta ja yhtäläistää käytännön toimintatapoja. Tämä kollegiaalinen tuki oli todettu Cameron ja Windsorin (2015, 27-28) tutkimuksessakin vaikuttavan postiivisesti tupakasta vieroitukseen. 8.7 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset Tutkimuksen tarkoitus saavutettiin. Tutkimuksessa kuvattiin Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketjua terveydenhoitajien näkökulmasta. Tarkoitusta tuki se, että tutkimuksen haastattelut rajattiin vain äitiysneuvolan terveydenhoitajille tehtäviksi. Tutkimuksessa saatiin laajasti tietoa hoitoketjun toiminnasta käytännössä. Haastateltavat olivat verbaalisesti lahjakkaita, joten aineistoa haastatteluista saatiin monipuolisesti. Tutkimuksen tavoitteet saavutettiin osittain. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta saatiin kuvaus käytännön työssä erilaisten asiakkaiden kanssa. Terveydenhoitajien tuntoja hoitoketjusta tuotiin hyvin esiin. Kolmas tavoite selvittää hoitoketjun vaikutusta raskaana olevien tupakointiin ei saatu täysin selville. Tavoitteeseen vastattiin terveydenhoitajien käytännön työssä saadun vaikutelman mukaan. Tarkempaa tietoa määristä joudutaan odottamaan siihen saakka, kun THL:n vuoden 2017 kansalaisten tupakointia kuvaavat tilastot julkaistaan. Toisaalta tutkimuksen terveydenhoitajista suurimmalla osalla oli pitkä työkokemus äitiysneuvolatyöstä, joten heidän "mutu eli musta tuntuu" - mielipiteensäkin antoi jo melko varmoja viitteitä siitä, mihin suuntaan raskaana olevien tupakoinnissa oltiin menossa. Hoitoketjun laatimisessa oli pyritty huomioimaan voimassa olevat suositukset tupakoinnin vähentämisestä. Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun laadinnassa oli huomioitu Ketolan ym. (2006) mainitsema

toimintamalli, jonka mukaan pelkkä hoitoketjun rakentaminen ja hoitoketjutekstin tuottaminen eivät yksin riitä. Hoitoketjun tulee löydettävissä olevat, helppokäyttöinen ja käyttöolosuhteet huomioon ottava. (Ketola ym. 2006, 9.) Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjua tehtiin tunnetuksi monilla eri neuvoloiden osastotunneilla sen käyttöönoton yhteydessä. Hoitoketju oli terveydenhoitajien helposti löydettävissä. Negatiivisena puolena tuli esiin hoitoketjun toimiminen käytännössä. Terveydenhoitajien aikataulut olivat melko tiiviit ja toistaiseksi hoitoketju toi mukanaan lisää työtä, ei poistanut sitä. Lisäksi hoitoketjulle oli määritelty prosessin mittaamisen arvoksi tupakoitsijoiden määrän muutos. Se oli tilastollisesti helppo toteuttaa, mutta tilastotiedot tulevat ajallisesti aina hiukan jäljessä käytännön työssä tapahtuvasta muutoksesta. Tutkimuksessa eniten pohdintaa aiheutti tutkijalla se, että mitkä ovat ne keinot millä Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun tavoitteisiin päästäisiin, jollei tämä hoitoketju tallaisenaan häkämittauksineen ole riittävä. Kysyttäessä tätä terveydenhoitajilta, ei heillä ollut siihen antaa vastausta. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua tukevaa toimintaa olisi hyvä kehittää, jotta tupakointia saadaan vähennettyä. Olisi hyvä tämän jo tehdyn tutkimuksen toistaminen, kun Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju on ollut pidempään käytössä. Hoitoketjun kartoittamista voi laajentaa koskemaan myös muita ammattikuntia ja työpisteitä kuin äitiysneuvolaa ja sen työntekijöitä. Asiakasnäkökulmaakin on mielenkiintoinen tuoda esiin. Haastetta aiheen tutkimiseen ja kehittämiseen lisää osittain se, että Suomen neuvolajärjestelmä on ainutlaatuinen maailmassa eikä tupakoiville raskaana oleville ole erikseen hoitoketjuja vaan heidät huomioidaan päihdeäitien hoitoketjuissa. Tuolloin EPSHP:n Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju on edelläkävijä tässä asiassa. Olisi eduksi, jos Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketjua ja sen vaikutuksia seurattaisiin ja kehitettäisiin ensiluokkaisten kykyjen ja asiantuntemuksien mukaan.

Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0 uud.p.4. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.
- Arkistolaki 23.9.1994/831. 1994. Viitattu 12.4.2017. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=arkistolaki
- Bauld, L., Graham, H., Sinclair, L. Flemming, K., Naughton,F., Ford, A., McKell, J., McCaughan, D., Hopewell, S., Angus, K., Eadie, D. & Tappin, D. 2017. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. Health Technology Assessment. Vol 21 Issue 36. www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta21360#/full-report
- Cameron, D.M. & Windsor, C. 2015. Diffusing research into routine midwifery practice. Evidence Based Midwifery 13(1): 22-28. Viitattu 11.09.2017. web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost
- Campbell, K.A. Cooper, S., Fahy,S.J., Bowker, K., Leonardi-Bee, J., McEwen, A., Whitemore, R. & Coleman T. 2016. 'Opt-out' referrals after identifying pregnant smokers using exhaled air carbon monoxide: impact on engagement with smoking cessation support. British medical journal. Tob Control 2016;0:1– 7. doi:10.1136. Viitattu 11.09.2017. discovery.ucl.ac.uk/1496327/1/Tob%20Control-2016-Campbell-tobaccocontrol-2015-052662.pdf
- Caronna, C.A. 2010. Why use qualitative methods to study health organisations. Insights from multi-level case studies. Teoksessa Sage handbook of Qualitative methods in Health Research. Toim. I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries. 2010. Cornwall. Sage. 71-87
- Cope, G. 2015. How smoking during pregnancy affects the mother and fetus. Clinical. Clinical focus. Nurse Prescribing. Vol 13 No 6. Viitattu 04.05.2017. www.web.b.ebscohost.com.ezproxy
- Duodecim. 2002. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2002:118(24):2578-2587. Viitattu 19.7.2017. www.duodecimlehti.fi/duo93343
- Ekblad, M. 2013. Smoking during pregnancy and fetal brain development. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D osa 1065. Medica – Odontologia. Turku. Painosalama. Viitattu 02.10.2017. www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88970/AnnalesD1065Ekblad.pdf?sequence=2
- Ekblad, M. 2016. Raskauden aikaisen tupakoinninyleisyys ja siihen vaikuttavat tekijät. Terveysportti. Viitattu 23.01.2017. www.terveysportti.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=tnr00075#F2
- Ekblad, M. 2017.Raskauden aikaisen tupakoinnin yleisyys ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Tupakka ja nikotiiniriippuvuus. Toim. A. Heloma, K. Kiianmaa, T. Korhonen, & K. Winell. Kustannus Duodecim. Tallinna. Printon. 171- 173.
- Ekblad, M. 2017. Tupakoinnin vaikutukset raskauteen, sikiöön ja lapsen terveyteen myöhemmin. Teoksessa Tupakka ja nikotiiniriippuvuus. Toim. A. Heloma, K. Kiianmaa, T. Korhonen, & K. Winell. Kustannus Duodecim. Tallinna. Printon. 173-175.
- Ekblad, M., Gissler,M. Korkeila, J. & Lehtonen L. 2013. Trends and risk groups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. Eur J Public Health (2013) 24 (4): 544-551. Viitattu 31.01.2017. academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckt128
- Ekblad, M., Gissler, M., Korkeila, J. & Lehtonen, L. 2015. Sikiön tupakka-altistuksen vaikutukset lapsen terveyteen. Katsaus. Suomen lääkärilehti. 10/2015 vsk 17. Viitattu 04.05.2017. http://docplayer.fi/1086185-Sikion-tupakka-altistuksen-vaikutukset-lapsen-terveyteen.html
- E-P-A the European Pathway Association. 2005. Viitattu 09.08.2017. www.ep-a.org/
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. p.2. Tampere. Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitteleville tutkijoille. Toim. R. Valli, & J. Aaltola. uud.& korj. p. 4. Juva. Bookwell. 27-44.
- Euroopan komissio. 2016. Viitattu 31.01.2017. ec.europa.eu/health/tobacco/policy_fi
- Euroopan komissio. 2017. Tupakkapolittiikka. Viitattu 21.03.2017. ec.europa.eu/health/tobacco/policy_fi
- Fagerström, K. 2011. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine & Tobacco Research Advance Access. Viitattu 21.02.2017. nicotinepolicy.net/documents/research/Fager%20Determin%20Renaming%20FTND.pdf
- Fendall, L., Griffith, W., Iliff, A., Lee, A. & Radford, J. 2012. Integrating a clinical model of smoking cessation into antenatal care. British Journal of Midwifery. Vol 20, No 4, 236-244. Viitattu 21:02:2017 www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2012.20.4.236?journalCode=bjom
- Gissler, M., Vuori R. & Heino, A. 2017. Ennakkotieto: Perinataalitilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Viitattu 29.8.2017. www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet
- Hakala, J.T. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitteleville tutkijoille. Toim. R. Valli, & J. Aaltola. uud. & korj.p.4. Juva. Bookwell. 14-26.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. ja Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus, Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. THL:n julkaisuja. Opas 22. Tampere. Juvenes Print – Tampereen yliopisto-paino. Viitattu 31.01.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90831/URN_ISBN_978-952-245-708-0.pdf?sequence=1
- Holmber-Marttila, D. 2012. Saumaton hoitoketju asiakkaan hoitoketju. OIOSkäynnistyseminaari Seinäjoki, Mediwest. Luento. Viitattu 09.08.2017. www.Aksila_hoitoketju_19.9.12.ppt_Doris_Holmber_Marttila.pdf
- Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori. Tallinna. Vastapaino. 11-45.
- Hänninen, K. 2008. Palveluohjauskäytäntöjen arviointia ja haasteita. Julkaisussa FinSoc, Sosiaalialan menetelmien arviointi. 1/2008. FinSoc sosiaalipalvelujen arviointimenetelmä. Stakes. Kajaani. KS-paino. 24-28. Viitattu 10.9.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77517/FinSoc1_2008vedos4.pdf?sequence=1
- Jenssen, B.P., Bryant-Stephens, T., Leone, F.T., Grundmeier, R.W.& Fiks, A.G. 2016. Clinical Decision Support Tool for Parental Tobacco Treatment in Primary Care. Pediatrics. Vol.137(5).Viitattu 23.03.2017. pediatrics.aappublications.org/content/137/5/e20154185.long
- Järvinen, M. 2016. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 15.02.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109 Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. 2016. Tupakkatilasto 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.8.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131190/Tr15_16.pdf?sequence=5
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas., P, Brander, P & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.02.2017. www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksestahoitoketjuksi
- Krogerus, S., Ekblad, M., Heikkinen, A.M. & Korhonen, T. 2017. Tupakasta vieroituksen laatukriteerit terveydenhuollossa. STESO Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. Viitattu 25.4.2017. www.thl.fi/documents/605763/1449622/Tupakasta+vieroituksen+laatukriteerit+16.5.2017.pdf/1f6d8935-700a-463c-ba45-f8b689791410
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Juva. Bookwell.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. uud.p.2. Helsinki. Edita Prima. Käypä hoito. 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 31.01.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi40020#s15
- Käypä hoito. 2017. Viitattu 09.08.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito
- Luhta, R.-M. & Mesiäislehto-Soukka, H. 2017. Savuton odotus ja vanhemmuus- hoito-ketju Etelä-Pohjanmaalla, Häkämittarin käyttö ohjauksessa. Luento 17.01.2017.
- Luhta, R.-M. 2018. Kehittämissuunnittelija, ennaltaehkäisevä päihdetyö. EteläPohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveyden ja terveyden edistämisen yksikkö AKSILA. Keskustelu. 9.1.2018.
- Luomanen, J. 2010. Straussilainen grounded theory -menetelmä. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen, M. 2010. Tampere. Vastapaino. 351-371.
- Lääkärit tupakkaa vastaan. DAT Suomi. 2015. Lääkärit tupakkaa vastaan verkoston, Suomen gynekologiyhdistyksen, Suomen kätilöliiton ja Suomen terveydenhoitajaliiton yhteinen aloite sikiön tupakansavualtistuksen ehkäisemiseksi. Viitattu 31.01.2017. www.datsuomi.fi
- Metsämuuronen, J. 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. p.1. Sri Lanka.International Methelp Ky.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim.116:1821-8. Katsaus. Viitattu 15.02.2017. www.terveyskirjasto.fi
- Nuutinen, M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. 133(13):1283-90. Viitattu 09.08.2017. www.duodecimlehti.fi/duo13795
- O'Connell, M. & Duaso, M.J. 2014. Barriers and facilitators of midwives' use of the carbon monoxide breath test for smoking cessation in practice: a qualitative study. Midwifery Digest 24:4 2014: 453-458. Viitattu 25.7.2017. www.researchgate.net/publication

- Penn, G. & Owen, L. 2002. Factors associated with continued smoking during pregnancy: analysis of socio-demographic, pregnancy and smoking-related factors. Drug and alcohol review. Vol 21, issue 1. Viitattu 04.05.2017. www.onlinelibrary.wiley.com
- Piispanen, A. 2016. Raskausajan tupakointia koskeva kommunikaatio äitiysneuvolan vastaanotolla. Pro Gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Viitattu 27.10.2017. www.doria.fi/bitstream/handle/10024/125379/gradu2016Piispanen.pdf?sequence=2
- Ranta, J. & Kuula-Luumi, A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori. Tallinna. Vastapaino. 413-426.
- Rautalahti, M. & Pietilä,K. 2011. Tupakan käytön lopettaminen raskauden aikana. Käypä hoito: Näytönastekatsaus. Viitattu 31.01.2017. Suositus%20-%20K%C3%A4yp%C3%A4%20hoito.htm
- Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Turun yliopiston julkaisuja – Annales universtitatis Turkuensis. Sarja D, osa 1199. Medica Odontologica. Turku. Painosalama.
- Ruusuvuori, J. & Nikander, P. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori. Tallinna. Vastapaino. 427-444.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMot. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoar-kiston julkaisuja 2009. Tampere. Viitattu 27.02.2017. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf
- Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla. 2017. EteläPohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen keskussairaala, Naistentautien ja synnytysten toimintayksikkö. Viitattu 11.01.2017.
- Schreier, M. 2012. Qualitative content analysis in practice. Croydon. Sage publications.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Pekan Offset.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa, Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopistopaino - Juvenes Print.
- Sivistyssanakirja. N.d. Viitattu 20.7.2017. www.suomisanakirja.fi
- Suomen kätilöliitto. N.d. Viitattu 02.10.2017. www.suomenkatiloliitto.fi
- Suomen terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 2010. Viitattu 31.01.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326
- Suomisanakirja. N.d. Viitattu 31.01.2017. www.suomisanakirja.fi
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD 10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar. 3. painos. Mikkeli. St Michel Print. Viitattu 19.7.2017. www.thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Tupakkatuotteet ja sähkösavuke. Viitattu 20.07.2017. www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakkatuotteet-ja-sahkosavuke
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. N.d. Lomakkeet koulu ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Audit, alkoholin käytön arviointilomake. Viitattu 21.11.20017. www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon#Audit,%20alkoholin%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20arviointi%20%E2%80%93kysely.
- Terveysportti. N.d. Viitattu 11.09.2017. www.terveysportti.fi
- Tietoarkisto. N.d. Aineistonhallinan käsikirja. Viitattu 12.4.2017. www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html
- Tilastokeskus. N.d. Tiedonkeruumenetelmän valinta. Viitattu 12.4.2017. www.stat.fi/tup/htpalvelut/haastutk_toiminta_tiedonkeruu.html
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue, Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6.uud.p. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.
- Tupakkalaki 29.6.2016/549. 2016. Viitattu 11.9.2017. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20160549?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tupakkalaki
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyt-täytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu 31.01.2017. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 31.01.2017. http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 2011. 6.4.2011/338. Viitattu 31.01.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338
- Valtioneuvoston periaatepäätös. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Viitattu 23.10.2017. julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1
- Virtuaaliammattikorkeakoulu. 2017. Käsitteitä. Viitattu 10.9.2017. www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030702/1115120704266/1115123610672/1115123658085/1115123893278.html
- Vuori, E. & Gissler, M. 2016. Perinataalitilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyn-tyneet 2015. Tilastoraportti 16/2016. Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.01.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1
- Winell, K. 2012. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä "Kuuden K:n" malliin tupakoinnin lopettamisessa. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 21.02.2017. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00248&suositusid=hoi40020
- Winell, K. 2012. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä "Kuuden K:n" malliin tupakoinnin lopettamisessa. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 27.10.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00248
- Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. THL. Tampere. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino. Toim. R. Klemetti. & T. HakulinenViitanen. 2013. Viitattu 31.01.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THLOPA2013029verkko.pdf?sequence=3